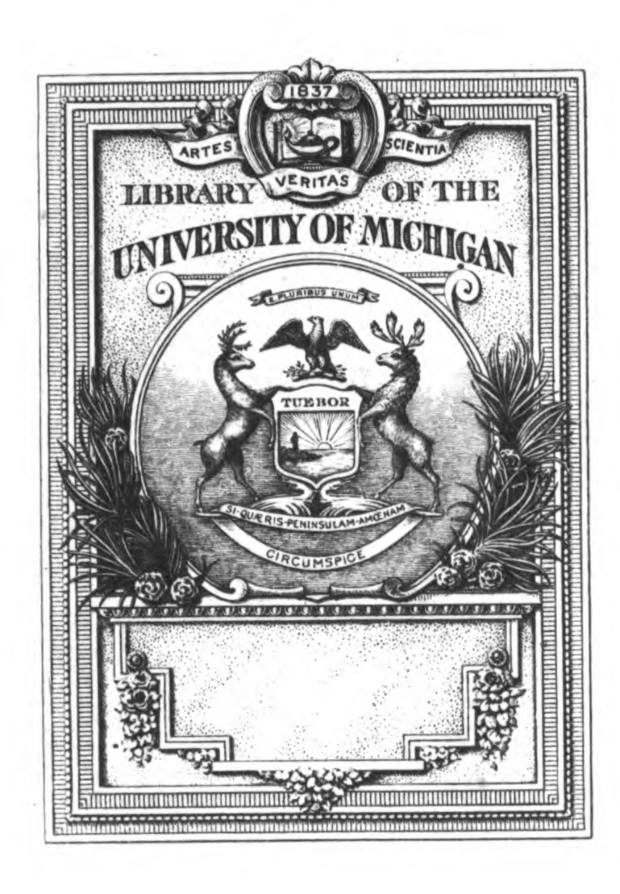
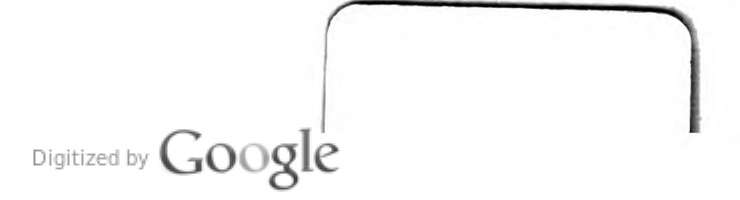

A 3 9015 00382 733 7
University of Michigan – BUHR




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** FRANKFURT A. M. **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SIEBENUNDSIEBZIGSTER BAND

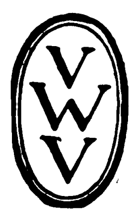
NEBST EINEM BERICHT

ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1919

REDIGIERT VON

O. SNELL

LÜNEBURG



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & CO.,

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1921/22



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

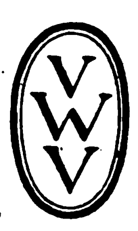
BLEULER ZÜRICH — **BONHOEFFER** BERLIN — **FISCHER** WIESLOCH — **KLEIST** FRANKFURT A. M. — **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG — **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR
WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SIEBENUNDSIEBZIGSTER BAND
ERSTES, ZWEITES UND DRITTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 18. JUNI 1921



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1921



Inhalt.

1., 2. u. 3. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Inhalt.

Erstes, zweites und drittes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





Kleinere Mitteilungen.

Viertes und Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.



Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrankheiten[1].

Von

Peretti in Grafenberg.

Dank der gegen den Alkoholmißbrauch gerichteten Bestrebungen in den letzten Jahrzehnten, die ein Verdienst des deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke und der Abstinenzvereine sind, und Dank der erhöhten Besteuerung des Branntweins war der Alkoholgenuß in Deutschland bereits vor dem Ausbruch des Krieges zurückgegangen. Dies machte sich für uns Anstaltsärzte an der abnehmenden Zahl der Trinker unter den Aufgenommenen bemerkbar. So betrug die Zahl der Trinker unter den in die preußischen Irrenanstalten Aufgenommenen im Jahre 1903 bei den Männern 28,75% und bei den Frauen 4,02% und im Jahre 1913 bei den Männern 24,54%, bei den Frauen 3,13%. Wenn auch kein großer, doch immerhin erfreulicher Rückgang. Nun kamen der Krieg und die staatlichen Verordnungen zwecks Einschränkung des Verkaufs und Ausschanks von Branntwein und damit alsbald ein starker Absturz der Alkoholikeraufnahmen: in Preußen von 1913 bis 1916 (soweit reicht die offizielle Statistik) auf 9,82% bei den Männern und 1,26% bei den Frauen; in den acht rheinischen Provinzialanstalten vom Berichtsjahr 1913/14 bis 1916/17 bei den Männern von 14,9% auf 7,8%. Die Zahl muß sich in den verschiedenen Bezirken je nach der größeren oder geringeren Verbreitung des Alkoholmißbrauchs verschieden stellen. Wenn man z. B. aus den rheinischen Anstalten die in Grafenberg allein herausnimmt, die unter

---

[1]) Bericht, erstattet in der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg am 28. Mai 1920.



ihnen die größte Aufnahmeziffer hat und, weil sie zu einer in-
dustriellen Großstadt gehört, die meisten Alkoholisten aufnimmt,
so zeigt sich eine stärkere Abnahme der Trinker als in den
Preußischen Anstalten insgesamt; im Jahr 1913/14 waren 24,4%
der aufgenommenen Männer Potatoren, im Jahr 1917/18 nur
5,9%.

Selbstverständlich mußte in den Anstaltstatistiken mit der
Ziffer der Trinker gleichzeitig auch die Ziffer der Aufnahmen
wegen eigentlichen Alkoholpsychosen heruntergehen.

Zur Unterlage für den heutigen Bericht hatte ich an sämt-
liche öffentliche Irrenanstalten und psychiatrische Kliniken Deutsch-
lands sowie an einige große Krankenhausabteilungen für
Psychischkranke eine Rundfrage gerichtet und habe von 116
Stellen verwertbare Mitteilungen erhalten, für die ich meinen
Dank auch hier auszusprechen nicht verfehle. Das Ergebnis
ist in den Tabellen I—III zusammengestellt.

Tabelle I. 116 öffentliche Anstalten und Kliniken.

	Gesamte Aufnahmen		Aufnahmen von Alkoholkranken			
			Gesamtzahl		%	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
1912	43 002	29 059	5440	470	12,6	1,6
1913	43 685	32 171	5786	506	13,4	1,6
1914	42 726	29 088	4988	448	11,7	1,5
1915	39 836	27 146	3116	315	7,8	1,2
1916	38 756	27 811	1781	173	4,6	0,6
1917	36 030	25 184	1006	124	2,8	0,5
1918	32 415	25 918	815	109	2,5	0,4
1919	30 180	26 216	966	82	3,2	0,3
Rückgang der Aufnahmen 1918 gegenüber 1913:						
%	27,76	19,4	85,9	78,4		

Wie ersichtlich hat die Zahl der Gesamtaufnahmen in den
öffentlichen Anstalten Deutschlands während der Kriegsjahre
nicht unerheblich abgenommen und zwar bei den Männern um
27,76% und bei den Frauen um 19,4%.

Nach der Preußischen Statistischen Korrespondenz ging die

Aufnahmeziffer von 1913 bis 1916 um 34,5% bei den Männern und um 1,7% bei den Frauen zurück, im Ganzen um 21%.

Zu einem abweichenden Ergebnis kam *Beninde*, von dessen gemeinsam mit *Bonhoeffer* und *Partsch* in der Beratung der erweiterten wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen am 20. 9. 19 im Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin erstatteten Bericht ich leider erst nach Abschluß meiner statistischen Aufstellungen Kenntnis erhielt. Auf Grund amtlichen Materials nimmt er für die preußischen Anstalten von 1913 bis 1917 eine Zunahme der Aufnahmen bei den Männern in den öffentlichen Anstalten um 3,5% und bei den Frauen in den privaten Anstalten um 6% und eine Abnahme bei den Männern in den Privatanstalten um 23% und bei den Frauen in den öffentlichen Anstalten um 19% an; im ganzen eine Abnahme von nur 6% in Provinzial- und kommunalen Irrenanstalten, psychiatrischen Universitätskliniken und größeren Privatirrenanstalten.

Für den heutigen Bericht ist die Verschiedenheit der Ergebnisse, die dem Anschein nach auf die Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung der Aufnahmen von Militärpersonen zurückzuführen ist, ohne wesentlichen Belang. Es kann daher gleich auf die Zahlen über die Alkoholpsychosen eingegangen werden.

Man ersieht aus der Tabelle, daß seit 1914 ein rascher und dann zunehmender Abfall der Aufnahmen wegen Alkoholpsychosen eingetreten ist, daß ihr Prozentsatz zu den Gesamtaufnahmen in den Jahren 1913 bis 1918 bei den Männern von 13,4 auf 2,5 und bei den Frauen von 1,6 auf 0,4 gesunken ist. Die Zahl der Jahresaufnahmen wegen Alkoholpsychosen ist insgesamt von 6292 auf 924 zurückgegangen, also um 5368, d. i. 85,3%, darunter bei den Männern um 4971 oder 85,9% und bei den Frauen um 397 oder 78,4%.

Für die acht rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten belief sich die Zahl auf 88% bei den Männern und 80% bei den Frauen.

Zum Vergleich mögen noch einige andere Zusammenstellungen aufgeführt werden; sie alle unterscheiden sich nicht erheblich. Am niedrigsten ist die Zahl des Rückgangs in der preußischen Statistik, sie stellt sich auf 75% bei den Männern und 66% bei den Frauen, bezieht sich aber nur auf den Unterschied zwischen dem Jahr 1913 und dem Jahr 1916 und würde, wenn noch die Jahre 1917 und 1918 einbezogen wären, ohne Zweifel größer sein.

Kremper fand für 1917 gegenüber 1913 in der Breslauer Klinik 93,3%, *Oehmig* in Dresden 94,3% (95,5 m., 85,3 w.), *Robert* in Kiel 93,2%



(93,5 m., 66,6 w.), *Weichbrodt* in Frankfurt 87%, *Ziertmann* für die Provin
Schlesien 85,6%, *Beninde* für Preußen 80%.

Der Rückgang der Aufnahmeziffer für sämtliche Psychose
betrug dagegen in meiner Zusammenstellung nur 23,1% (27,76 m.
19,4 w.). Man kann daraus den Schluß ziehen, daß währen
der Kriegsjahre die Aufnahmen wegen Alkoholpsychosen auf $^{1}/$
bei den Männern und auf fast $^{1}/_{5}$ bei den Frauen zurückgegange
sind, während die Gesamtaufnahmen 1918 bei den Männern run
$^{5}/_{7}$ und bei den Frauen rund $^{5}/_{6}$ der Aufnahmen des Jahres 191
betrugen.

Die Abnahme der Aufnahmen von Alkoholpsychosen setzte
zugleich mit der Gesamtabnahme deutlich im Jahre 1915 ein,
die niedrigsten Zahlen boten die Jahre 1917 und 1918, im verflossenen Jahr bahnte sich bei den Männern wieder ein Anwachsen
der Zahl an.

Da in vielen Anstalten, besonders den ländlichen und ohne
zahlreiche frische Aufnahmen, die Alkoholpsychosen selten sind,
die akuten kaum beobachtet werden, habe ich für die speziellen
Erörterungen 29 größere Anstalten und Kliniken herausgenommen.

Das Ergebnis ist in den Tabellen II und III zusammengestellt

Tabelle II. 29 große Anstalten und Kliniken. Männeraufnahmen.

	Aufnahmen überhaupt	Gesamte Aufnahmen von Alkoholkranken	%	Delir. trem.	%	Alkoholhalluzinos.	%	Chronisch. Alkoholism.	%	Rauschzustände	%
1912	14 116	3130	22,20	771	5,50	203	1,40	1729	12,30	427	3,00
1913	15 425	3388	21,96	766	4,96	100	0,65	2076	13,46	446	2,89
1914	15 588	3170	20,33	709	4,54	87	0,56	1841	11,81	533	2,42
1915	15 914	1841	11,56	367	2,30	57	0,36	1094	6,87	323	2,03
1916	15 280	1047	6,85	186	1,22	29	0,19	631	4,13	201	1,31
1917	13 936	502	3,60	86	0,62	27	0,19	281	2,02	108	0,77
1918	11 979	427	3,56	56	0,48	13	0,11	204	1,69	154	1,28
1919	11 588	584	5,03	66	0,57	16	0,14	336	2,89	166	1,43
Rückgang der Aufnahmen 1918 gegenüber 1913:											
%	22,34		87,39		92,69		87,00		90,17		67,75

Tabelle III. 29 große Anstalten und Kliniken. Frauenaufnahmen.

	Aufnahmen überhaupt	Gesamte Aufnahmen von Alkoholkranken		Delir. trem.		Alkoholhalluzinos.		Chronisch. Alkoholism.		Rauschzustände	
			%		%		%		%		%
1912	7813	254	3,12	56	0,71	19	0,24	203	2,59	45	0,58
1913	9109	297	3,26	65	0,71	18	0,19	165	1,70	49	0,53
1914	8547	266	3,11	34	0,39	14	0,16	168	1,96	50	0,58
1915	7726	162	2,09	30	0,39	9	0,11	104	1,33	19	0,25
1916	8227	86	1,04	8	0,09	3	0,03	53	0,64	22	0,26
1917	7228	45	0,62	8	0,11	4	0,05	24	0,33	9	0,12
1918	7635	65	0,84	7	0,09	3	0,04	40	0,52	15	0,19
1919	8878	54	0,60	6	0,07	1	0,01	30	0,34	17	0,19
Rückgang der Aufnahmen 1918 gegenüber 1913:											
%	16,18		78,00		89,23		83,33		75,75		69,39

Wenn ich mich auf die Unterscheidung von Delirium tremens, Alkoholhalluzinose, chronischen Alkoholismus und Rauschzustände beschränke und *Korsakow*sche Psychose, Alkoholepilepsie und Dipsomanie nicht aufgeführt habe, so liegt der Grund darin, daß über die Begriffsbegrenzung dieser letztgenannten Krankheitsbilder keine Einigkeit in den Ansichten herrscht. Die Dipsomanie kann man nicht zu den eigentlichen Alkoholpsychosen zählen, da sie eine rein periodische Geistesstörung darstellt, eine, wie *Rieger* sagt, rein endogene Abnormität, in der die Kranken von periodischen Aufregungen mit der Sucht zu trinken befallen werden und, wenn es nichts als Wasser zum Trinken gäbe, in ihren Anfällen nur Wasser in sich hineinschütten würden. Die *Korsakow*sche Psychose scheint nicht gleichmäßig verbreitet zu sein oder stellenweise recht selten diagnostiziert zu werden. Die Alkoholepilepsie schließlich wird in den Statistiken verschieden bewertet und andern Krankheitsgruppen zugeteilt.

In meiner Zusammenstellung beteiligen sich innerhalb der Alkoholpsychosen die einzelnen Formen folgendermaßen nach Prozenten:

	1913		1918	
Delirium tremens	23	26	13	16
Halluzinose	3		3	
chronischer Alkoholismus		61		48
pathologischer Rausch	5	13	17	36
einfacher Rausch	8		19	



Was das Delirium tremens bei den Männern betrifft, so ging es von 1913 bis 1918 von allen Alkoholpsychosen am meisten zurück, auf 1/10 der Prozentzahl zu den Gesamtaufnahmen; der Rückgang der absoluten Aufnahmeziffer betrug 92,69%. Bei den Frauen liegt die Sache ganz ähnlich.

Einzelne Anstalten, besonders die mit überhaupt wenig Alkoholisten, hatten 1917 und 1918 kaum mehr einen Fall zu verzeichnen, und die Kliniken klagten, daß ihnen das Delirium tremens im Unterrichtsmaterial fehlt.

So hatte die Berliner Klinik 1913 noch 35 Männer und 6 Frauen mit Delirium, 1914: 31 Männer und seitdem nur noch einen einzigen Fall im Jahre 1918; Breslau 1913 22 Männer und 3 Frauen, 1915 nur noch 5 Männer und 2 Frauen, und dann 1918 noch 1 Frau; Leipzig vor dem Kriege jährlich 14 bis 25 Fälle, 1916 und 1917 nur noch je 2 Männer, und 1918 keinen Fall; Köln 1913 12 Männer und 3 Frauen, 1917 gar keinen und 1918 einen Fall; Bonn vor dem Kriege 20—26 Fälle, dann 1916 noch 6, 1917 3 und 1918 5 Fälle; Kiel bis 1915 jährlich 22—26, 1916 noch 11, 1917 nur 4 und 1918 keinen Fall; Hamburg (Eppendorf) 1913 die große Zahl von 159, dagegen 1915 nur 34, 1916: 8 und 1917 und 1918 je 1 Fall; Frankfurt 1913 33, aber 1918 keinen Fall; München 1913 10 (vorige Jahre 23—29), 1918 nur 1 Fall. Die Städtische Heilanstalt in Breslau, die 1913/14 nicht weniger als 102 Fälle von Delirium aufnahm, hatte 1917 bis 1919 jährlich nur 1 Fall; Dresden 1913 53, 1917 nur 1 Fall und 1918 2 Fälle, Essen 1913/14 17 Fälle, 1915/16 10 und nachher nur 1917/18 noch 1 Fall.

Im Jahre 1914 wurde mehrfach eine vorübergehende Zunahme des Delirium tremens beobachtet, so in Bonn 45 Fälle (vorher 20), in Köln 31 (vorher 12), Freiburg 23 (vorher 10—12), Langenhagen 37 (vorher 16—20). Es hing das zweifellos mit der Mobilmachung zusammen; *Bonhoeffer* hatte von Berlin und *Wollenberg* von Straßburg berichtet, daß in den ersten Tagen der Mobilmachung verhältnismäßig viele Deliranten in die Klinik aufgenommen wurden, bei denen man die Gemütsbewegungen bei der Einziehung und die Strapazen der langen Eisenbahnfahrten mit der infolge des Alkoholverbots auf den Bahnhöfen erzwungenen Unterbrechung des gewohnten Alkoholabusus als genügend ansehen konnte, um Delirium auszulösen. Die Erfahrung, die man in Stockholm mit einer anfänglichen Steigerung der Deliriumerkrankungen nach dem Alkoholverbot während eines Generalstreiks



emacht hatte, konnten zum Vergleich angezogen werden. Der lötzlichen Entziehung des Alkohols wird also doch wohl nicht e d e Bedeutung für die Auslösung eines Alkoholdelirs abzuprechen sein.

In meiner Tabelle ergibt sich ein Rückgang des Delirium remens in den Aufnahmeziffern zwischen 1918 und 1913 um 92,6%, eine Zahl, die mit der von *Ziertmann* (92,7% für Delirien und Halluzinose) und die von *Beninde* (94%) übereinstimmt.

Innerhalb der wegen Alkoholismus Aufgenommenen ging der Prozentsatz des Delirium stetig von 22,6 im Jahre 1913 auf 13,1 im Jahre 1918 herunter, also um $^1/_3$.

Bonhoeffer fand für die Jahre 1913 bis 1916 einen viel bedeutenderen Rückgang von 27 auf 9%, also um $^2/_3$. Der Unterschied um das Doppelte hängt wohl damit zusammen, daß das Alkoholdelir in Berlin überhaupt eine erheblich größere Rolle spielt als in Provinzanstalten. In der Breslauer Städtischen Heilanstalt, wo die Alkoholistenaufnahmen unter den Männern früher fast ein Drittel ausmachten, fiel die Zahl des Delirium innerhalb der Alkoholpsychosen von 1913 bis 1917 von 41% auf null, in Frankfurt von 6,7%, in Nürnberg von 13,5%, in Kiel von 14,3%, in Chemnitz von 17,9% und in Freiburg von 17,2% auf null.

Die Rundfrage ließ nebenbei erkennen, daß das Alkoholdelir in den Gegenden mit weniger Schnaps- als Wein- und Biergenuß im allgemeinen seltener ist, besonders in Baden und Württemberg, wo abgesehen von den Kliniken nur vereinzelte Fälle zur Beobachtung kommen. Auch in Bayern ist Delirium nicht häufig, in der Erlanger Klinik vergehen oft Jahre, ehe ein klassisches Delirium tremens zur Aufnahme kommt. Die Alkoholhalluzinose wird von dem Delirium tremens vielfach nicht richtig abgetrennt und zwar zu gunsten des letzteren. Der Unterschied zwischen den Angaben über die Häufigkeit gegenüber dem Delirium war mir aufgefallen.

Ich fand die Bestätigung bei *Bonhoeffer*, der es für unwahrscheinlich hält, daß die Halluzinose, wie in der offiziellen Statistik vermerkt war, in den größeren allgemeinen Krankenhäusern im Jahre 1917 so sehr den Fällen in den Irrenanstalten überlegen gewesen sei, daß die Frauen in den Krankenhäusern hinsichtlich der Halluzinose das Übergewicht gehabt haben sollten, und daß der Rückgang der Aufnahmen bei den Männern nur 72% und bei den Frauen nur 28% betragen hätte.



Nach meinen Tabellen sind die Aufnahmen wegen Halluzinose 1918 gegen 1913 um 87% bei den Männern und um 83,33% bei den Frauen zurückgegangen, nicht ganz so viel wie bei Delirium tremens. Daraus irgendwelche Schlüsse zu ziehen, ist nicht angängig.

Am besten faßt man die beiden akuten Alkoholpsychosen zusammen und stellt fest, daß diese Zustände bei den Männern um rund 91% und bei den Frauen um rund 88% unter den Aufnahmen während der Kriegszeit abgenommen haben.

Die Fälle von chronischen Alkoholpsychosen sind nach meiner Zusammenstellung um ein Geringes weniger zurückgegangen, als das Delirium tremens und die Halluzinose zusammen, 90,2 gegen 91% bei den Männern und 75,7 gegen 88% bei den Frauen.

Beninde fand in den öffentlichen Anstalten einen stärkeren Rückgang der chronischen gegenüber dem der akuten Alkoholpsychosen, bei den Männern 80,4 gegen 93,5% und bei den Frauen in den Privatanstalten 50 gegen 62,5%, die Zahlen bei den Männern in Privatanstalten und der Frauen in öffentlichen Anstalten weichen nicht viel voneinander ab.

Bei der *Ziertmann*schen Zusammenstellung ist der Rückgang um 11% geringer als bei den akuten Alkoholpsychosen (81,8 : 92,7).

Die chronischen Alkoholpsychosen sind also etwas weniger zurückgegangen als die akuten. Man könnte aus diesem Umstand eine Unterstützung der Ansicht *Graeter*s, die auch von *Bonhoeffer* vertreten wird, herleiten, daß das Vorkommen einer dem Trinker zukommenden chronischen Psychose paranoider Art nicht bewiesen sei, und „daß bei dieser sogenannten chronischen Alkoholpsychose der Alkoholismus nur eine Begleiterscheinung darstellt, die der ersten Krankheitsphase vielleicht eine besondere Färbung gibt, während das Wesentliche das endogene Moment ist“.

Aus dem vorliegenden Material darf man sich ein Urteil nicht anmaßen, die Frage muß weiter durch Einzeluntersuchungen geklärt werden.

Die Rauschzustände hatte ich in meiner Rundfrage in pathologische und einfache getrennt, in den Antworten waren sie nicht immer voneinander geschieden. Ob ein nach Trunkexzeß auftretender akuter Erregungszustand als einfache Berauschtheit, als erregter Rausch, als ausgesprochener pathologischer Rausch bewertet oder auch unter Umständen zur Alkoholepilepsie gerechnet wird, hängt vom Ermessen des Beobachters ab. So haben denn auch die statistischen Zahlen nur bedingten Wert.

Die Abnahme des Prozentsatzes der Rauschzustände mit



rund 68 bei den Männern blieb hinter der des Prozentsatzes für sämtliche Alkoholpsychosen um 20 zurück, bei den Frauen betrug der Unterschied weniger, rund 9. Der Rückgang der absoluten Zahlen war überall stark, in einer Reihe von Anstalten und Kliniken kam in den letzten Kriegsjahren kaum mehr ein Fall von pathologischem Rausch vor. Nur Heidelberg und Dresden berichten von einer Zunahme in den letzten Kriegsjahren infolge der Zuführung von Kriegsteilnehmern, Neurotikern besonders infolge Verschüttung, welche Erregungszustände nach Alkoholgenuß bekommen hatten, oder von solchen, die wegen Ausschreitungen im Rausch von den Kriegsgerichten überwiesen wurden.

Beachtung verdient, daß in verschiedenen Anstalten eine Wiederzunahme der Rauschzustände in den beiden letztverflossenen Jahren beobachtet wurde.

So in Dresden, Hamburg-Eppendorf, Köln, Chemnitz, Breslau; auch in München sind die einfachen Rauschzustände in den Jahren 1918 und 1919 wieder angestiegen. In Nürnberg, wo 1917 und 1918 kein Fall von Delirium, 1917 nur 8 Fälle von chronischem Alkoholismus und 7 Fälle von Rauschzuständen vorkamen, wurden 1918 neben 8 chronischen Alkoholisten wieder 18 Rauschzustände und 1919 außer 2 Deliranten und 1 chronischen Alkoholisten 22 Kranke mit Rauschzuständen aufgenommen.

Soweit ich aus dem mir zur Verfügung stehenden Material ersehen konnte, war die Abnahme der Alkoholpsychosen von 1913—1918 in den Anstalten der verschiedenen deutschen Länder keine gleichmäßige.

Der Abnahme der Prozentzahl in sämtlichen 116 Anstalten mit rund

	Männer	Frauen
	86	78
standen gegenüber		
Sachsen mit	89	88
Hessen mit	88	50
Bayern mit	87	58
Württemberg mit	64	60
Baden mit	55	—

In letztem Staate zeigte die Zahl der Frauen, die allerdings an sich sehr klein ist (12—14) und deshalb nicht in Betracht kommen kann, eine geringe Zunahme (14%).

Die Zusammenstellung zeigt einen größeren Rückgang in den Staaten mit verbreitetem Schnapsgenuß.

Fast durchweg setzte die Abnahme der Alkoholikeraufnahmen im Jahr 1915 ein und trat noch stärker in die Erscheinung in den Jahren 1916 und 1917. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Gegenden trat kaum hervor.

Nur in Baden, Bayern und Ostpreußen scheint der Abfall erst 1916 begonnen zu haben. Bei den beiden süddeutschen Staaten könnte man daran denken, daß die Schnapseinschränkung für die dort mehr dem Wein- und Biergenuß huldigende Bevölkerung weniger Bedeutung gehabt hätte. Aber in Ostpreußen würde dieses Moment sicher ausscheiden, und in Württemberg, wo der Schnapsgenuß keine eigentliche Volksseuche ist, setzte der Abfall der Alkoholpsychosen auch schon 1915 ein.

Zur Prüfung der Frage, ob der Rückgang des Alkoholismus eine Wirkung auf den Rückgang der Anstaltsaufnahmen wegen anderer als alkoholistischen Geistesstörungen ausgeübt hat, habe ich zuerst den Rückgang der Zahl der Trinker unter den Anstaltsaufnahmen nach den Angaben der preußischen Statistik für die Jahre 1913—1916 mit dem Rückgang der Aufnahmen der nicht- alkoholistischen Psychosen überhaupt verglichen und dabei gefunden: die Summe der Männeraufnahmen wegen einfacher Seelenstörung, Paralyse, Epilepsie und Idiotie ging von 20993 im Jahre 1913 zurück auf 15775, also um 25,87%, die der Trinker darunter von 2849 auf 781, also um 72,59%. Der Rückgang der Trinker ist somit fast dreimal größer. Bei den Frauen kommt der Unterschied noch deutlicher zum Ausdruck; die Aufnahmen wegen der genannten Psychosen nahmen in den 4 Jahren nicht ab, sondern sogar um 1,4% zu, von 16573 auf 16805; als Trinkerinnen wurden bezeichnet 220 im Jahre 1913 und 95 im Jahre 1916, also eine Abnahme um 56,8%, trotz der Abnahme der Trinkerinnen um mehr als die Hälfte keine Abnahme der nicht - alkoholistischen Geisteskrankheiten. Dieses Ergebnis weist darauf hin, daß dem Alkoholismus eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung der nicht - alkoholistischen Psychosen nicht beigemessen werden kann.

Ich habe nun weiter versucht, der Frage noch mit Bezug auf die einzelnen Formen der Psychosen näher zu treten, muß aber gestehen,



daß ich dabei keinen großen Erfolg gehabt habe. Man darf eben die Erwartungen auf eine die verschiedenen Krankheitskategorien differenzierende Zählung, die in zahlreichen Anstalten einzeln veranstaltet würde, nicht zu hoch spannen. Der Vergleich der Friedensjahre mit den Kriegsjahren scheitert an der Ungleichheit der Diagnosenstellung nicht nur an den verschiedenen Anstalten, sondern auch an derselben Anstalt zu verschiedenen Zeiten. *Bonhoeffer* z. B. weist auf die Verschiedenheit der klassifikatorischen Betrachtungsweise zwischen ihm und seinem Vorgänger hin.

In besonderem Maße macht sich dieser Übelstand bei den schizophrenen und manisch-depressiven Gruppen geltend. Zurzeit wird einmal wieder öfter manisch-depressives Irresein diagnostiziert, während früher die Anschauung mehr nach der Dementia praecox hinneigte. Ich habe deshalb von vornherein darauf verzichtet, Unterabteilungen des Sammelbegriffs einfache Seelenstörung der nun einmal noch bestehenden preußischen Statistik abzusondern. Das Wenige, was in der Literatur zu finden war, sind die Angaben von *Bonhoeffer* und *Oehmig*. Ersterer fand für die Schizophrenie kleine Schwankungen bei den Männern, aber 1917 die gleiche Prozentzahl wie 1913, und bei den Frauen 1914 fast dieselbe Zahl wie 1917. Die absoluten Zahlen der Schizophrenen, die *Oehmig* aus Schlesien zusammenstellt, und die nicht hoch sind, zeigen ein Herabgehen auf die Hälfte bei den Männern und auf $^2/_3$ bei den Frauen, die Prozentzahl gibt aber ein anderes Bild, in den Friedensjahren 1911—1913 betrug sie bei den Männern 9,13, in den 3 Kriegsjahren 1915—1917 9,12, also dasselbe; bei den Frauen ging sie von 23,3 auf 18 herab.

Die manisch-depressiven Zustände sind unter den Männeraufnahmen der Berliner Klinik prozentualiter ziemlich gleich geblieben, aber das Verhältnis der Aufnahmen von Manisch-Depressiven zu Schizophrenen verschob sich von $^1/_4$ in den Friedensjahren zu $^1/_5$ oder $^1/_6$ in den Kriegsjahren, und das Verhältnis der manisch-depressiven Männer gegenüber den Frauen ging von $^1/_2$—$^1/_3$ auf $^1/_4$—$^1/_6$ zurück. *Bonhoeffer* will aber daraus keine Schlußfolgerungen ziehen, insbesondere nicht den Schluß auf ein Seltenerwerden der manisch-depressiven Erkrankungen überhaupt. Eine süddeutsche Anstalt (Kaufbeuren) berichtet ein auffallendes Zurückgehen des manisch-depressiven Irreseins und möchte einen Zusammenhang der Entstehung dieser Psychosengruppe mit Alkoholismus nicht von der Hand weisen.

Wie aus Tabelle IV, die nach der Statistik der acht rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten zusammengestellt ist, hervorgeht, unterscheidet sich in diesem der Rückgang der Aufnahmen wegen „Einfacher Seelenstörung" kaum von dem Rückgang der Gesamtaufnahmen, bei den Männern ist er 5% geringer, bei den Frauen 1% größer.



Tabelle IV. Rückgang der Aufnahmen 1918 gegen über 1913 in den rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten in Prozentzahlen.

	M.	Fr.
Gesamtaufnahmen	40	31
einfache Seelenstörung	35	32
Paralyse	19	2
Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	55	31
Imbezillität, Idiotie	28	36
Alkoholismus	88	80

Bei den in die preußischen Anstalten aufgenommenen Paralytischen machte die Abnahme der Verhältniszahl der unter ihnen befindlichen Trinker von 1913 bis 1916 für die Männer 3,21 (von 5,44 auf 2,23), bei den Frauen 0,39 (von 1,68 auf 1,29) aus und war nicht stärker als die Abnahme in den früheren Jahren 1905 bis 1913. Die Verhältniszahl der Abnahmen der Trinker unter den Paralytikern betrug nur rund ein Fünftel der Abnahmen der Trinker unter sämtlichen Anstaltsaufgenommenen. Die Paralyse hat bei den Männern überhaupt prozentualiter unter den Aufnahmen während der Kriegsjahre nicht abgenommen, vielmehr zugenommen sowohl nach der preußischen Statistik von 1913 bis 1916 um 3,49% als auch nach meinen Zusammenstellungen aus den rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten von 1913 bis 1918 um 4,6%, in der Leipziger Klinik von 13,8 auf 25,2, also um 11,4%.

In Budapest wurde ebenfalls eine Zunahme beobachtet. Es fehlen aber auch nicht gegenteilige Angaben, so aus der Berliner Klinik, wo eine Abnahme von 13,5% im Jahre 1913 auf 8,1% im Jahre 1918 beobachtet wurde, und Altscherbitz mit Rückgang von 23,8% auf 18%.

In den rheinischen Provinzialanstalten betrugen die Aufnahmen an Paralyse in den drei Friedensjahren 1911/12 bis 1913/14 durchschnittlich bei den Männern 265, bei den Frauen 79, der Durchschnitt der drei Kriegsjahre 1915/16 bis 1917/18 bei den Männern 337, bei den Frauen 101.

Vielleicht läßt sich diese Steigerung in Zusammenhang bringen mit den schlechten Ernährungsverhältnissen. Möglich ist auch, daß die hilflosen Paralytiker wegen der durch den Krieg bedingten Erschwerung der häuslichen Pflege mehr als früher den Anstalten zugeführt wurden.



Wenn die nach meinem Material anzunehmende verhältnismäßige Zunahme der Paralytikeraufnahmen sich auf Grund anderer Beobachtungsreihen bestätigen sollte, so wäre der Schluß berechtigt, daß eine Wirkung der durch den Krieg herbeigeführten Abnahme des Alkoholismus auf die Paralyse nicht anzunehmen ist.

Die Keimvergiftung durch Alkoholmißbrauch und die damit verknüpfte Konstitutionsschädigung der Nachkommenschaft wird nunmehr wohl seltener werden, den Erfolg der Abnahme des Alkoholismus in dieser Hinsicht werden wir erst in der Zukunft beurteilen können. Ein Seltenerwerden der Paralyse dürfen wir deshalb aber schwerlich erwarten, denn die große Ausbreitung der Syphilis infolge des Krieges wird die Verminderung der Alkoholvergiftung wett machen; trotz des Rückgangs des Alkoholismus und trotz der weniger häufig werdenden Luesansteckung im Rausch wird mit einer Zunahme der Paralyse in einigen Jahren gerechnet werden müssen, es sei denn, daß die von allen Seiten angestrebte raschere und intensivere Behandlung der Anfangsstadien der Lues die Spirochätenwirkung auf das Gehirn zu verhüten vermag, und daß damit die Erfüllung der Erwartung *Hoche*s, die Paralyse werde mit der Zeit zu den historisch gewordenen Krankheiten gehören, nicht wieder durch die Kriegsfolgen in unabsehbare Ferne geschoben wird. Die Mitteilung *Stransky*s in seinem gestrigen Vortrag, daß in Wien die Erbsyphilis seltener geworden ist, kann unsere Hoffnung stärken.

Was die Aufnahmen wegen Epilepsie mit und ohne Seelenstörung betrifft, so nahm ihre absolute Zahl in den rheinischen Provinzialanstalten von 1913 bis 1918 ab bei den Männern von 354 bis auf 160, also um rund 55%, bei den Frauen von 184 auf 127, um rund 31%. Die Prozentzahl der Epileptischen unter den gesamten Psychosen-Aufnahmen fiel bei den Männern von 15,6 auf 11,7, blieb sich jedoch bei den Frauen gleich, 9,7. In der preußischen Statistik zeigte der Vergleich der Jahre 1913 und 1916 bei den Männern eine Abnahme von 3071 auf 2383, also um rund 22%, bei den Frauen dagegen eine Zunahme von 1422 auf 1505, also 5,5%. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen könnte auf einen Einfluß des Rückganges des bei den Männern eine größere Rolle spielenden Alkoholismus hindeuten.



Die einzige Epileptiker-Anstalt, von der mir verwertbare Angaben zugingen, Wuhlgarten, spricht sich für einen sehr starken Einfluß des Rückgangs des Alkoholismus auf die Zahl und Art der Aufnahmen aus. Die gesamten Aufnahmen betrugen bei den Männern in den letzten Friedensjahren durchschnittlich 665, in den 3 ersten Kriegsjahren 1915—1917 nur 315 und sanken dann 1918 auf 186 und 1919 auf 176, bei den Frauen stellten sich die Zahlen in den Friedensjahren auf 139, in den 3 ersten Kriegsjahren auf 129 sowie 1918 auf 108 und 1919 auf 79. Die früher zahlreichen Fälle von sogenannter Alkoholepilepsie sind ganz außerordentlich zurückgegangen, die Aufnahmen von Kranken, die an Alkoholismus und Epilepsie oder Hysterie litten, betrugen 1913 351 und 1914 nur 186, das war im Rechnungsjahr 1913 52,5% und 1914 nur 39,8% der Gesamtaufnahmen.

Man wird also sagen können, daß die wegen epileptischer Geistesstörung den Anstalten zugeführten Männer an Zahl während der Kriegsjahre stark und mehr als die anderen an nicht-alkoholistischen Psychosen leidenden Männern zurückgegangen sind, daß bei den Frauen sich keine nennenswerte Abnahme erkennen läßt, ferner daß der Rückgang des Alkoholismus aller Wahrscheinlichkeit nach, worauf auch der Unterschied zwischen Männern und Frauen hinweist, dabei von Einfluß ist, und daß sich die Verminderung der Aufnahmen bei den nicht wegen epileptischer Geistesstörung, sondern wegen der Grundkrankheit untergebrachten Epileptikern in stärkerem Maße gezeigt hat.

Über die angeborenen Schwachsinnsformen ist nichts wesentliches zu sagen, bei den Männern hatten sie, abgesehen von der Paralyse, im Vergleich zu den andern Psychosen am wenigsten abgenommen, bei den Frauen etwas mehr als letztere.

Eine Zusammenstellung der Veränderungen in den Verhältniszahlen der Aufnahmen der einzelnen Krankheitsformen zu den Gesamtaufnahmen ergab für die acht rheinischen Provinzialanstalten 1918 gegenüber 1913.

	Zunahme		Abnahme	
	M.	Fr.	M.	Fr.
Alkoholpsychosen	—	—	6,3	0,6
einfache Seelenstörungen	4,1	—	—	1,3
Paralyse	4,6	2,2	—	—
Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	—	—	3,9	—
Imbezillität, Idiotie	1,1	—	—	0,5

Alles in allem genommen muß man zu dem Schluß kommen, daß der Abnahme des Alkoholismus während des Krieges auf die Anstaltsaufnahmen nur insofern eine Wirkung zuzuschreiben ist, als dadurch die an Alkoholpsychosen erkrankten und die männlichen Epileptiker unter den Aufgenommenen viel seltener geworden sind, daß aber der Rückgang der anderen Psychosen auf sonstige Gründe zurückzuführen ist.

Die Beziehungen der psychopathischen Konstitution zum Alkoholismus, die vielfach geminderte Widerstandskraft der Psyche der Entarteten gegenüber dem Alkohol ließ eine Abnahme der Zahl der Psychopathen-Aufnahmen in den Anstalten erwarten. Von den meisten der Anstalten, die auf die Frage eingingen, wurde sie mit Nein beantwortet.

Eine Klinik berichtet, beim Heere hätten die Psychopathen zugenommen, bei der Zivilbevölkerung nicht, eine andere, die Psychopathien mit Kriegsreaktion wären häufiger, die mit Alkoholreaktion seltener gewesen, eine dritte, die Münchener, die Psychopathen wären seltener geworden, wofür aber andere Gründe wohl noch mehr als der Rückgang des Alkoholismus maßgebend gewesen sein dürften. Unter diesen andern Gründen wird wohl der am meisten in die Wagschale fallende der gewesen sein, daß zahlreiche Psychopathen zum Heeresdienst einberufen oder freiwillige Kriegsteilnehmer geworden waren und teils ihre abnormen Eigenschaften der Disziplin unterordnen oder in den Kriegsverhältnissen unangefochten betätigen konnten, teils auch bei auftretenden psychotischen Zuständen vorübergehender Art nicht erst in die Heimatanstalten gebracht wurden. In der Kölner Klinik schien der Alkoholismus in Verbindung mit Degeneration (Arbeitsscheue, Spieler) entschieden zugenommen zu haben. In der Berliner Klinik stieg der Prozentsatz der Hysterischen und Psychopathen bei den Männern 1915 um mehr als das Doppelte und hielt sich auch in den beiden folgenden Jahren hoch. Der Ansicht *Bonhoeffer*s, daß für diese Kategorie der Psychisch-Labilen der Krieg ein außerordentlich anfallförderndes Agens geworden ist, ist beizustimmen.

Mit Sicherheit werden wir mit einer Zunahme der Psychopathen unter den Kriegsteilnehmern, die psychotisch erkranken und den Anstalten zugewiesen werden, rechnen müssen, wenn der Alkoholmißbrauch wieder aufblühen sollte.

Vor allem sind es die Kriegsbeschädigten, die infolge von Kopfverletzung intolerant gegen Alkohol geworden sind. Die Zahl der Kopfverletzten ist eine bedeutende; wie ich von zuständiger Seite vernommen habe, beläuft sie sich in einem einzigen frü-

heren Armeekorps auf mindestens 3000, das würde für die deut-sche Armee etwa 60000 ausmachen. Viele von diesen werden als gefährdet für die Giftwirkung des Alkohols zu betrachten sein.

Mag man mit *Turner* und mit *Rybakow* annehmen, der Alkoholiker werde als solcher geboren, und mit *Stöcker* der Ansicht sein, daß der chronische Alkoholismus wohl immer in erster Linie das Symptom einer geistigen Erkrankung (Epilepsie, chronische Manie, Dementia praecox usw.) sei, daß sowohl der chronische Alkoholismus selbst als auch die auf dessen Boden entstehenden Störungen wie Delirium tremens, akute Halluzinose der Trinker, die sog. Alkoholparalyse nur bei Trinkern entstehen, bei denen der Alkoholismus als Ausfluß einer krankhaften Veranlagung aufzufassen ist, oder mag man den Lausanner Ärzten *Preisig* und *Amadian* folgend annehmen, das viele Alkoholiker nicht als Degenerierte bezeichnet werden dürfen, daß der Alkoholismus sowohl eine Ursache als ein Zeichen der Degeneration sein kann, und daß der Alkohol oft eine latente Psychopathie weckt, — es unterliegt keinem Zweifel, daß Degenerierte vor der Gefahr geschützt werden müssen, durch Alkoholgenuß geistig zu erkranken und anstaltpflegebedürftig zu werden.

Allem Anschein nach stehen wir vor einer Wiederzunahme des Alkoholmißbrauchs, wie das gestern auch *Stransky* bestätigte. Im Straßenbild der Großstädte zeigen sich wieder mehr Betrunkene als während des Krieges. Der hohe Preis der geistigen Getränke schreckt die Menschen mit ungewohnt hohem Verdienst und mit schwindelhaften und wenig Mühe bereitenden Einnahmen nicht ab, und mancher weiß auch noch nicht, die reichlich gewordene freie Zeit in ersprießlicher Weise auszufüllen.

Die Anstaltsaufnahmen verzeichnen denn auch schon vielerorts einen Anstieg der Alkoholistenziffer. Der Tiefstand des Jahres 1918 ist überwunden. Aus der Tabelle über die 116 Anstalten ist ersichtlich, wie die Prozentzahl der Alkoholpsychosen bei den Männern von 2,5 auf 3,2 zugenommen hat.

In den 29 größeren Anstalten war der Anstieg von 1918 bis 1919 mit 1,5%, von 3,5 auf 5, noch deutlicher, und in den rheinischen Provinzialanstalten wurden im Rechnungsjahr 1918/19 22 Männer und 3 Frauen, 1919/20 dagegen 56 Männer und 7 Frauen, also mehr als die



oppelte Zahl, wegen Alkoholpsychosen aufgenommen. Fast keine der 9 Anstalten hatte 1919 weniger Alkoholistenaufnahmen als im Jahre orher, wohl aber verschiedene eine beträchtliche Anzahl mehr; in einigen achte sich die Vermehrung schon Ende des Jahres 1918 bemerkbar. Am eisten nahm der chronische Alkoholismus und, wie schon gesagt, der ausch zu, der einfache mehr als der pathologische. In Dresden stieg ie Zahl der Alkoholpsychosen von 1917 mit 6 auf 25 im Jahre 1918 und 4 im Jahre 1919. In Essen, wo die Zahl seit 1913 mit 84 Fällen auf 6 n Jahre 1918 herunterging, waren es 1919 wieder 12, und in der Breslauer Städtischen Heilanstalt schwoll die Zahl der chronischen Alkoholisten nach ständigem Fallen seit 1915 bis zu 8 im Jahre 1918, plötzlich m letzten Jahr auf 43 an.

Man hat mehrfach auf die Zunahmen des Gebrauchs anderer Mittel als Ersatz für das fehlende Genußmittel Branntwein hingewiesen. Die Mehrzahl der Menschen verlangt nach materiellen Genüssen; denn es sind nur Auserlesene, die in der geistigen Tätigkeit, in der Freude an der Kunst, an den Schönheiten der Natur, an Leibesübungen, an anregender alkoholfreier Geselligkeit Genüsse genug finden.

Hoffmannstropfen, Baldrian- und andere Tinkturen, Wermuthwein und ähnliche Essenzen werden niemals verbreitete Ersatzgetränke für Schnaps werden. Eher schon könnte man nach früheren, aber vorübergegangenen Erfahrungen an Äthermißbrauch denken. Gefährlicher ist der denaturierte Spiritus, den man trinkbar zu machen versteht. Aber ein Volksgift wie der Schnaps werden diese Ersatzmittel in der Zukunft nicht werden, sie werden den Anstalten nicht sehr viele Kranke zuführen.

Die Zunahme des Morphinismus und des Kokainismus ist unbestreitbar, aber auch von diesen Vergiftungen ist eine Gefahr für die Allgemeinheit nicht zu befürchten; selbst wenn der jetzige hohe Preis des Morphiums von über 11 000 M. für das Kilo auf den 10. Teil heruntergehen sollte, würden die Kosten den Unbemittelten von dem gewohnheitsmäßigen Abusus abhalten.

Die Steigerung, die *Bonhoeffer* in seiner Klinik bei den Aufnahmen wegen Morphinismus und Kokainismus feststellen konnte, ist zwar an sich nicht unbedeutend, macht aber bei den kleinen Zahlen nicht viel aus, 1913 waren es 0,24% unter den Gesamtaufnahmen, 1917 0,9.

Der Alkoholismus wird durch unsere Trinksitten gezüchtet, der Morphinismus stellt eine auf ganz andere Bedingungen zurückzuführende krankhafte Sucht dar.

Die von dem Generalsekretär des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Prof. *Gonser*, *Bonhoeffer* zur



Verfügung gestellten Berichte einer großen Anzahl deutsche Trinkerfürsorgestellen hatte auch ich einzusehen Gelegenheit; si erstrecken sich über die Jahre 1913 bis 1917. Die Beratungsfäll gingen in dieser Zeit bei den Männern von 5589 auf 412, als um 92,6%, bei den Frauen von 681 auf 125, d. i. um 81,6% zurück. Daß es nicht die Kriegsteilnehmer allein waren, di ausfielen, beweist die Abnahme der Zahl der Männer **über** 45 Jahre mit 86,1%, einer Zahl, die nicht weit hinter der Zahl 93,8% der Männer **unter** 45 Jahren zurücksteht.

Beachtenswert ist das Ansteigen des Anteils, den die Frauen ausmachten. Der Prozentsatz der Trinkerinnen unter allen Fällen war 1913 nur 10,84%, im Jahre 1917 dagegen 23,28%.

In den Städten des Industriegebietes machte sich ein Zunehmen des Trinkens beim weiblichen Geschlecht schon während der Kriegsjahre bemerkbar und ist nach der Revolution nichts weniger als geringer geworden. Die Ursache dafür liegt vorwiegend in den steigenden Lohneinnahmen und der größeren Ungebundenheit. In gewissen Kreisen hat besonders der Sektgenuß stark zugenommen, manches weibliche Wesen, das ihn früher nicht kannte, hat jetzt Geschmack daran gefunden.

Die Abnahme der wegen Alkoholpsychosen in die Anstalten aufgenommenen und an den Fürsorgestellen beratenen Frauen spricht nicht gegen die Zunahme des weiblichen Alkoholismus. Der Rückgang der Frauen ist nicht so stark wie bei den Männern und es ist zu berücksichtigen, daß der Alkoholmißbrauch vorwiegend in den jüngeren weiblichen Kreisen, den Fabrikarbeiterinnen, Verkäuferinnen u. dgl. um sich gegriffen hat und noch zu kurzdauernd ist, um Psychosen, die auf dem Boden eines chronischen Alkoholismus erwachsen sind und zu Anstaltsaufnahmen und Aufsuchung von Fürsorgestellen führen, zu verursachen.

Die Angabe einzelner Fürsorgestellen, daß die erzwungene Abstinenz während der Kriegsjahre alte Alkoholiker wieder zur Arbeit und geordneter Lebensführung gebracht habe, und daß, worauf auch *Henneberg* und *Leppmann* für die Berliner Verhälnisse und *Ziertmann* für Schlesien hinwiesen, die wegen Trunksucht bewilligten Renten in manchen Fällen wieder entzogen werden konnten, wird schwerlich verallgemeinert werden



können. Sicher aber ist ein Rückgang der wegen Trunksucht bewilligten Invaliden- und Krankenrenten und der übernommenen Heilverfahren bei den Landesversicherungsanstalten während der Kriegsjahre. So sind in der Rheinprovinz die Renten von 37 im Jahre 1914 auf drei im Jahre 1918 gefallen und die abgeschlossenen Heilverfahren von 351 auf zwei. Nach *Beninde* ergibt sich für sämtliche preußische Landesversicherungsanstalten ein Rückgang der Renten von 271 auf 47 und der Heilverfahren von 905 auf sieben. Welche Geldersparnis das bedeutet, zeigen die Summen, die von der Rheinischen Versicherungsanstalt gezahlt wurden, diese bewilligte im Jahre 1913 für Heilverfahren allein über 200000 M., dagegen im Jahre 1919 nur 3100 M. Die Landesversicherungsanstalt Schlesien berechnete nach *Ziertmann* die Ersparnis an Rentengeldern im Jahr 1918 auf rund 180000 M. gegenüber den Jahren vor dem Kriege.

Was an Kosten, die allein aus der Unterbringung der Geisteskranken in Anstalten der Allgemeinheit erwachsen, infolge der Abnahme der Alkoholpsychosen jetzt gespart wird, läßt sich nicht genau berechnen. Vor 2½ Jahren hatte ich unter Zugrundelegung von 2 M. täglicher Verpflegungskosten die Ersparnis für Deutschland auf über 2½ Millionen Mark geschätzt. *Ziertmann* hält diese Summe für zu niedrig, er mag darin recht gehabt haben. Jedenfalls müssen wir jetzt ganz anders rechnen. Der tägliche Verpflegungssatz für die Anstaltskranken beläuft sich zur Zeit auf mindestens 10 M., die von mir damals geschätzte Summe würde sich also auf 10 bis 15 Millionen Mark erhöhen.

Die Abnahme der Alkoholiker in den Anstalten ist eine nicht zu unterschätzende Mitursache für die „Entvölkerung" der Anstalten. (Von größerer Bedeutung ist natürlich die große Sterblichkeit 1916 und 1917.)

Auch in den Trinkerheilstätten war, wie zu erwarten, der Rückgang des Bestandes bedeutend. Der Freundlichkeit des Herrn Prof. *Gonser* verdanke ich Mitteilungen über das Geschick der deutschen Trinkerheilstätten. Von den 40, die bei Ausbruch des Krieges bestanden hatten, sind bis jetzt 13 gänzlich geschlossen worden; 8 wurden während des Krieges für andere Zwecke verwandt, jedoch scheint ihre spätere Wiederbenutzung für Alkohol-



kranke ernstlich beabsichtigt zu sein. Also ist die Zahl der Trinkerheilstätten zur Zeit auf die Hälfte zurückgegangen.

Die Gefahren des Alkoholismus haben bei allen Kriegführenden Völkern im Beginn oder während der Kampfjahre Anlaß zu Einschränkungsmaßnahmen gegeben, nach dem Kriegsende erfolgte das Verbot der Produktion und des Ausschanks sämtlicher alkoholischer Getränke in Nord-Amerika, und im März d. J. wurde in der italienischen Kammer ein Vorschlag, nach amerikanischem Beispiel Italien alkohollos zu machen, mit allgemeinem Beifall aufgenommen. Allerdings erscheint es wohl fraglich, ob der Beifall so allgemein gewesen wäre, wenn der Vorschlag nicht durch materielle Gründe, nämlich Hebung der Valuta durch Exportieren des ganzen italienischen Weins gestützt, sondern aus gesundheitlichen und sittlichen Motiven entsprungen wäre.

Auch bei uns sprechen viele gewichtige Stimmen der Abstinenz das Wort, aber das Ideal, das wir nach *Stransky* erstreben sollten, daß Alkohol nur als Medikament auf ärztliche Verschreibung erhältlich sein sollte, dürfen wir, wenn überhaupt jemals, in der nächsten Zeit nicht zu erreichen hoffen. Als Ärzte, denen die geistige Gesundung und Gesunderhaltung des Volkes am Herzen liegt, haben wir nun mehr als je die Pflicht aus voller Überzeugung und mit ganzer Kraft für die weitere dauernde Beschränkung der Alkoholerzeugung und des Alkoholkonsums einzutreten.

Die Forderungen und Wege, soweit sie in Verordnungen der Behörden beruhen können, hat *Trommershausen* schon vor geraumer Zeit des Näheren in der Zeitschrift: die Alkoholfrage, eingehend dargelegt; die Hoffnung auf das geplante Alkoholgesetz dürfen wir nicht zu hoch spannen. Ärzte und Sozialhygieniker allein machen nicht die Wohlfahrtsgesetze, auch andere Interessenten finden beim Gesetzgeber offenes Ohr. Die Angehörigen der Brennerei- und Brauereigewerbe rühren sich schon; in Bayern beansprucht das Brauereigewerbe die ganze Ernte an Gerste für sich (*Trillich*).

Die eindringliche Bitte *Abderhalden*'s in der preußischen Landesversammlung, gerichtet an das Wohlfahrtsministerium, mit allen Mitteln hinzuwirken, daß der Alkoholismus, den das deutsche Volk, „ein sozusagen sterbendes Volk", bei seiner hohen Kinder-



sterblichkeit, bei der Zunahme der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten nicht auch noch vertragen könne, eingedämmt würde, wie es in anderen Ländern auch geschähe, diese Bitte muß von uns Psychiatern auf das Wärmste unterstützt werden, denn die Eindämmung des Alkoholismus bedeutet auch eine Eindämmung der Geisteskrankheiten.

Schlußsätze. Der chronische Alkoholismus und die auf ihm beruhenden Geisteskrankheiten sind innerhalb der Bevölkerung Deutschlands während des Krieges außerordentlich stark zurückgegangen.

Die Anstaltsaufnahmen wegen Alkoholpsychosen hatten sich 1918 gegenüber 1913 um mehr als 80% vermindert; sie betrugen bei den Männern nur mehr 1/7 und bei den Frauen fast 1/5 der Aufnahmen im Jahre 1913.

Die Abnahme der Alkoholpsychosen zeigte sich in den Staaten ohne verbreiteten Schnapsgenuß weniger stark ausgeprägt als in der Gesamtheit der deutschen Länder.

Der Abnahme des Alkoholismus kann ein wesentlicher Einfluß auf den Rückgang der nicht-alkoholistischen Geisteskrankheiten nicht beigemessen werden; wahrscheinlich ist nur ein solcher auf den Rückgang der Aufnahmen von männlichen Epileptischen.

Für die geistige Gesundheit des Volkes ist es ein zwingendes Gebot, daß die während des Krieges gegen den Alkoholismus getroffenen Maßnahmen auch im Frieden uneingeschränkt bestehen bleiben, gesetzlich geregelt und noch verschärft werden.

Nachtrag. — Nachdem ich meinen Bericht erstattet hatte, erhielt ich noch eine ausführliche Antwort auf meine seinerzeit versandte Rundfrage von Herrn

Professor Dr. *Rieger* in Würzburg,

die ich mit seiner freundlichen Erlaubnis in folgendem wörtlich wiedergebe:

„Ich kann keinen Fragebogen ausfüllen über: vorher? und nachher? Denn in der Schrift: Mäßigkeit oder Enthaltsamkeit? Eine Antwort der deutschen medizinischen Wissenschaft auf diese Frage, im Auftrage des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, veröffentlicht von Professor *Karl Fraenkel* in Halle a. S. (Mäßigkeits-Verlag des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Berlin W 15, Fasanenstraße 72) steht auf der Seite 58 dieses von mir, schon aus dem Jahre 1902: „Ich hoffte unbemerkt durchschlüpfen zu können, und zwar



deshalb, weil ich einerseits für meine Person lebhaft wünsche, daß der Mißbrauch geistiger Getränke bekämpft werde; weil ich aber andrerseits aus meiner Krankenhauspraxis in Würzburg so gut wie nichts beitragen kann zur Begründung dieses Kampfes. Die Erkrankungen sind hier sehr selten, die man mit gutem Gewissen bezeichnen darf als akute Anfälle von Delirium tremens alcoholicum oder als chronische Geisteskrankheit mit der Ursache der Alkoholvergiftung. Höchstens Zugereiste aus Nord- und Ostdeutschland vermehren die Zahl etwas, die Einheimischen sind merkwürdig selten. Weil ich aber auch sehr wünsche, daß Stätten geschaffen werden, an denen das Volk zusammenkommen kann, ohne daß es Alkohol in sich hineinschütten muß, so bitte ich, diese meine statistische Mitteilung völlig unbeachtet zu lassen, die ja meines Erachtens für diese Bestrebungen auch nebensächlich ist.“ Dies war also im Jahre 1902. Drei Jahre darauf habe ich in der Festschrift für *Werneck* (Jena, Fischer 1905) dieses drucken lassen (S. 58):

„Als ich im Jahre 1902 an Professor *Fraenkel* in Halle auf dessen Anfrage geschrieben hatte, ich könne leider aus meiner Krankenhauspraxis in Würzburg so gut wie nichts beitragen zur Begründung des Kampfes gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, da schrieb Dr. *Kantorowicz* in Hannover in der Zeitung „Deutscher Guttempler 1902, S. 206“, man könne mich um diese außerordentliche Schärfe der Beobachtung nur beneiden. — Ich bin wohl zu der Annahme berechtigt, daß diese Worte durchaus ironisch gemeint waren. Ich nehme sie aber trotzdem als ein Kompliment an. Denn ich selber wünsche, aus theoretischen und praktischen Gründen, nichts lebhafter als dieses, daß man recht viele Objekte der Psychiatrie als „alkohologene“ mit gutem Gewissen betrachten dürfte. Denn erstens würde dies, in theoretischer Hinsicht, unser Kausalitätsbedürfnis in einer viel wohltuenderen Weise befriedigen, als wenn wir bloß angewiesen sind auf die geheimnisvolle „Krankheit ohne Ursache“. Und zweitens wäre, in praktischer Hinsicht, etwas Anthropokratisches gegeben, wie ich im vorstehenden so häufig auseinandergesetzt habe. Allein unsere Wünsche sind der Natur nicht Befehl. Und die Natur macht es, unseren Wünschen entgegen, so, daß einerseits die wüstesten Säufer in der Regel gar nicht mit der Psychiatrie in Berührung kommen, und daß andrerseits die mäßigsten Menschen Objekte der Psychiatrie werden.“

In den neun Jahren zwischen 1905 und dem Beginn des Krieges war alles noch seltener geworden und numerisch, im Verhältnis zu den rund 300 Aufnahmen im Jahr, einfach verschwindend. Und bei so kleinen Zahlen gilt eben durchaus nicht das Gesetz der großen Zahlen. Sondern der Zufall kommt dabei in erster Linie in Betracht. Ich darf deshalb nicht behaupten, daß das Alkoholische im Kriege seltener geworden wäre. Denn es war auch vor dem Kriege schon so selten, daß man statistisch mit dem Unterschiede nichts anfangen kann. Meine Beobachtungen stimmen auch



überein mit diesem Satz aus dem ersten Bericht der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt in Lohr kurz vor dem Kriege: „sehr erfreulich bei unserem Krankenstand ist die verschwindend geringe Zahl von Alkoholisten“. Also gerade wie bei mir: „verschwindend gering“. Auch paßt es gut zu dieser Statistik über Kriminelles und Alkohol in Bayern: Im Landgerichtsbezirk Landshut kommt bereits auf 351 Einwohner ein Verurteilter, bei welchem Alkohol in Betracht kommen könnte; ebenso im Landgerichtsbezirk Neuburg a. Donau auf 352; dagegen im Landgerichtsbezirk Würzburg erst auf 928 Einwohner. Wenn man bedenkt, daß es in Wirklichkeit bei den Kriminellen doch immer unmöglich ist, den Alkohol als einzige Ursache zu behaupten, so muß auch diese Würzburger Zahl verschwindend klein erscheinen. — Im Jahre 1904 habe ich auch dieses geschrieben speziell in bezug auf den Wein: „Ich habe seit vielen Jahren aufmerksam darauf geachtet, ob die Bewohner der Dörfer, in welchen viel Wein konsumiert wird, eine gesteigerte Krankheitsziffer zeigen in bezug auf Hirnkrankheiten. Ich mußte aber immer zu dem Ergebnis kommen, daß dies nicht der Fall ist. Die Orte im Maintal, in welchen die Leute zweifellos viel Wein trinken (wie z. B. Nordheim, Sommerach, Escherndorf, Frickenhausen, Randersacker, Thüngersheim), haben sich mir niemals in der Richtung bemerkbar gemacht, daß ich hätte zu dem Ergebnis kommen müssen, das viele Weintrinken habe Häufung von Hirnstörungen zur Folge. Wenn ich die Orte der Rhön und viele andere, in welchen notorischerweise so gut wie kein Wein getrunken wird, vergleiche mit den genannten Weinorten, so ist es mir unmöglich, einen Unterschied zu finden. — Ich habe mich immer über diese Tatsache gewundert, aber bezweifeln kann ich sie nach langjähriger Erfahrung nicht!“

Die Diagnosen: alkoholistisch? oder nicht? schwanken ja auch immer sehr, aus bloßen subjektiven Gründen bei den Diagnostikern. Z. B.: die *Korsakoff*sche Krankheit ist sehr selten in Würzburg. Viele Jahre vergehen ohne einen Fall, obgleich ich immer lebhaft darnach suche. Einmal war nun eine Frau ganz zweifellos daran erkrankt. Sie hatte eine ausgedehnte Polyneuritis und dazu sofortiges Vergessen von allem; also ein beweiskräftiges Syndrom. Und dies war nun eine Wirtsfrau. Deshalb dachte ich zuerst: da habe ich doch einmal eine alkohologene *Korsakoff*sche Krankheit. Aber als ich weiter forschte, war das Ergebnis: größte Wahrscheinlichkeit dafür, daß diese Wirtsfrau so gut wie keinen Alkohol getrunken hatte, daß also diese zweifellose *Korsakoff*sche Krankheit ebenso zweifellos keine alkohologene war.

Umgekehrt: ein Mann hatte zwar zweifellos immer viel Alkohol in sich hineingeschüttet; und dabei konnte man auch bei ihm einigermaßen etwas behaupten von *Korsakoff*scher Krankheit. Jedoch fehlte gerade bei ihm die Polyneuritis und damit das entscheidende charakteristische Syndrom. Korsakoffisch waren bei ihm bloß psychische Symptome, die eben viel weniger präzis und eindeutig sind. Immerhin registrierte ich ihn



vorläufig unter *Korsakoff*sche Krankheit und sagte, da habe ich nu
einmal den wüsten Säufer und die alkohologene Kausalität. Aber wie e
gewöhnlich geht, auch hier lockerte sich bei genauerem Zusehen das kausal
Band, und es klappte schon mit dem bloßen post hoc nicht recht. E
ging mir mit diesem Säufer gerade wie mit dem Säufer - Vater der vie
Idioten in meinem vierten Bericht aus der psychiatrischen Klinik (vo
Jahre 1912 S. 205). Dort hatte ich geglaubt, die vier wären deshal
Idioten geworden, weil der Vater schon vor ihrer Erzeugung viel Alkoho
konsumiert hätte. Dann stellte sich dies aber als ein chronologische
Irrtum heraus. Man konnte nämlich genau feststellen, daß der Vater
erst nach ihrer Erzeugung viel Alkohol konsumiert hatte. Und so war es
auch bei dieser *Korsakoff*schen Krankheit: das erste waren psychische
Abnormitäten gewesen, die nicht aus Alkohol entstanden sein konnten
und zwar deshalb nicht, weil er damals in seiner Jugend noch sicher ein
mäßiger Mensch gewesen war. Und wie bei jenem Vater der vier Idioten
das Endogene als das Wesentliche erscheinen mußte, besonders auch aus
dem Grunde, weil der Bruder des Vaters gleichfalls mehrere idiotische
Kinder hatte, obgleich bei ihm der Alkohol garnicht in Betracht kam,
so traf Analoges auch hier zu: auch bei ihm waren zahlreiche Fälle ohne
Alkohol in der Blutsverwandtschaft vorgekommen, die wohl in erster
Linie in Betracht zu ziehen waren.

Bei der Wirtsfrau hatte ich eine zweifellose *Korsakoff*sche Krankheit
aber keinen Alkohol; bei dem zweifellosen Säufer aber keine rechte *Korsakoff*sche Krankheit, auch nicht einmal ein richtiges post hoc. Ich habe
deshalb auch sehr oft gedacht, es möchte vielleicht in den östlichen
Ländern, wo die Bewohner einesteils viel mehr Alkohol konsumieren als
in den westlichen und andernteils auch viel mehr *Korsakoff*sche Krankheit
haben, auch in bezug auf die Aetiologie der *Korsakoff*schen Krankheit
dieses in Betracht kommen, wie S. 61 der beiliegenden Festschrift: Bericht
aus Rybnik in Schlesien für das Jahr 1890 S. 11: „Der Alkoholmißbrauch
ist hier nicht mehr das gebrandmarkte Laster einzelner wohlbekannter
Individuen, sondern die gesamte Arbeiterbevölkerung ist mehr oder weniger der Sklave des Giftes, und schon ganz junge Burschen kann man hier
mit der Schnapsflasche sehen, besonders seit sie nach den letzten Streiks
das Geld in den Gruben so viel leichter verdienen. Der Schnaps ist wirklich
die Erbsünde der armen polnischen Bevölkerung."

Wenn in jenen Gegenden, in welchen die *Korsakoff*sche Krankheit
besonders häufig vorkommt, fast alle Menschen Alkoholisten sind in dem
Sinne, daß sie alle gewohnheitsmäßig zu viel Alkohol trinken: so sind also
dort sowohl diejenigen, welche die *Korsakoff*sche Krankheit nicht bekommen, als auch diejenigen, welche sie bekommen, Alkoholisten; weil
eben dort alle Menschen Alkoholisten sind. Und wenn dann andererseits
in Würzburg eine Frau die *Korsakoff*sche Krankheit ohne Alkohol bekommen hat, so muß der Zweifel in bezug auf das Alkohologene sich um

so mehr erheben in dem Sinne, daß es sich doch vielleicht um ein besonderes Gift handeln könnte. Es könnte ja etwas dem Alkohol Ähnliches und Verwandtes sein. Aber an die Aetiologie des reinen gewöhnlichen Alkohols kann ich besonders auch deshalb nicht glauben: unter der Würzburger Bevölkerung leben in Stadt und Land sehr viele Menschen, welche sehr viel und starken Wein trinken, jahraus, jahrein und Tag für Tag 3—4 l Bier von 10—12% Gehalt an Alkohol. Und dabei ist trotzdem bei so wüsten Säufern die *Korsakoff*sche Krankheit überaus selten. Daß auch feine und anständige Menschen in der Gegend von Würzburg so wüst gesoffen haben, dafür ist dieses ein gutes Beispiel: *Theobald Kerner*, Das Kernerhaus in Weinsberg und seine Gäste. Stuttgart 1894. S. 12: Im November 1861, in einer Nacht, da mein Vater nicht schlafen konnte und ich neben ihm im Bette lag, sagte ich: „Jetzt wollen wir einmal zur Unterhaltung ausrechnen, wieviel Wein Du aus dem Kristallglase, das Dir *Lenau* 1834 schenkte, und das Du seither gebrauchtest, bis heute getrunken hast.“ Wir rechneten und rechneten; das Geringste, was mein Vater täglich trank, waren $2^1/_2$ l, und wir kamen auf die ansehnliche Zahl 70 Eimer oder 21 000 l. Unter dieser Rechnung schliefen wir ein.

Der Vater Justinus hat keine alkohologene Hirnkrankheit bekommen, und der Sohn Théobald auch nicht, der überdies 90 Jahre alt geworden ist. Und so werden zwar, woran ich ja auch nicht zweifle, manche von den analogen Würzburger Weinschläuchen alkohologene Leber-, Nierenzirrhose, Herzkrankheiten usf. bekommen. Aber in die psychiatrische Klinik kommt doch keiner. Das ist ja überaus merkwürdig. Der Alkohol, der so stark auf die zerebralen Funktionen wirkt, soll die Hirnkrankheiten der psychiatrischen Klinik nicht bewirken. Das ist so paradox, daß ich selbst es immer noch nicht glauben mag. Aber es wird eben doch so sein, und dann ein besonders starker Beweis dafür, daß eben in dem Hirn das Endogene ganz gewaltig überwiegt.

Von der Subjektivität im Punkt der Statistiken will ich noch dieses Beispiel geben. Ich fand in einer Dissertation ein 20jähriges maniakalisches Bauernmädchen verzeichnet als erkrankt infolge von Alkoholmißbrauch. Die Krankengeschichte dieses Mädchens war mir zugänglich, und ich habe deshalb nachgesehen, wie es nun in der Tat mit dieser 20jährigen „Alkoholistin“ gewesen ist. Da fand ich dieses: Der Verwalter eines Krankenhauses, in welchem sie bei Beginn der Krankheit gewesen war, hatte geschrieben: „sie kam in das Krankenhaus und war vollständig irrsinnig. Das Leiden hatte sie sich zugezogen durch zu großen Genuß alkoholischer Getränke.“ In Wirklichkeit hatte sie, beim Ausbruch ihrer maniakalischen Erregung, wie dies so häufig ist, mehr Alkohol getrunken als früher, aber nur ganz kurze Zeit. Und daraus machte dann der Verwalter die Ursache. Ich zweifle nicht im mindesten daran, daß solche Verwalter-Diagnosen in den Statistiken des Alkoholismus sehr verbreitet sind, zumal in neuerer Zeit, in der die Verwalter auch diese Rubriken aus-

zufüllen pflegen auf den Krankenkassen-Scheinen und andern Papieren: Die Krankheit ist zurückzuführen auf: 1. Unfall. 2. Tuberkulose. 3. Alhoholismus. 4. Geschlechtskrankheit. 5. Gewerbekrankheit. 6. Unterernährung. Die sechs Kategorien werden von so unkritischen Leuten ausgefüllt, daß alles nur zu Fälschungen der Wirklichkeit führt. So war auch bei dem 20jährigen maniakalischen Bauernmädchen, dem der Krankenhausverwalter den Alkohol als Ursache angedichtet hatte, in Wirklichkeit garnichts Exogenes, sondern nur dieses Endogene: der Vater und ein Bruder waren mäßig diotisch.

Gegenüber einer solchen Statistik ist mir dieses von Wichtigkeit geworden auch aus einer nordostdeutschen Anstalt, was ich mir schon vor einem Jahrzehnt notiert habe aus dem Bericht von Ückermünde über die Jahre 1900—1911:

„Im vorigen Jahre veröffentlichte *Stöcker*-Erlangen einen klinischen Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Wie er in seiner Einleitung dazu sagt, war seine Arbeit als klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der Heilerfolge bei Alkoholisten durch Anstaltsbehandlung gedacht. Bei den von ihm gemachten katamnestischen Erhebungen trat für seine Untersuchungen jedoch ein ganz anderer Gesichtspunkt in die Erscheinung, denn es zeigte sich, daß man die Diagnose vieler Fälle, die anfangs als Alkoholpsychosen galten, auf Grund ihres weiteren Verlaufs und späterer ausführlicherer Erforschung ihrer Vorgeschichte überhaupt fallen lassen mußte, und zwar zugunsten ganz anderer Psychosen. Der Alkoholismus war lediglich Symptom einer andern Psychose gewesen, und so kam *Stöcker* zu der Überzeugung, daß eine rein und ausschließlich durch Alkoholgenuß bedingte Geistesstörung etwas recht Seltenes ist. — Auch meine Zusammenstellungen zeigten mir, daß in der Tat eine nicht unbeträchtliche Anzahl Fälle, die anfangs als Alkoholpsychosen imponierten, als solche auf die Dauer nicht bestehen bleiben konnten.“ —

Wenn man nicht kritisch prüft, so wird alles gefälscht durch das, woran der Registrierende gerade zufällig in erster Linie zu denken gewohnt ist. Und daraus kann sich dann einmal auch das Umgekehrte ergeben, nämlich Verkennen von wirklicher Alkoholvergiftung. Am interessantesten waren mir da zwei Mädchen, die im Laufe von vier Jahrzehnten mir vorgekommen sind mit diesem ungewöhnlichen Irrtum. Beide waren Kellnerinnen und bekamen Delirium tremens alcoholicum. Weil dieses aber bei beiden ausbrach, einige Tage nachdem sie geboren hatten, so hatte man auch diesen beiden die, in diesem Falle gewohnte Diagnose „Eklampsie“ zuerteilt. Und so wird es wohl in den Ländern, in welchen auch weibliche Wesen viel Schnaps trinken, recht häufig geschehen, daß Delirium tremens alcoholicum fälschlicherweise als Eklampsie etikettiert wird im Gegensatz zu den umgekehrten Fälschungen bei welchen abusus spirituosorum nicht die Ursache war, sondern bloß Symptom der endogenen Krankheit. Bei dem Delirium tremens alcoholicum wäre es nun



gerade nicht schwer, einen Irrtum zu vermeiden. Denn da hat man eben doch ein sehr deutliches Syndrom. Bei „Alkohol-Halluzinose“, „chronischem Alkoholismus“, „Alkohol-Paranoia“ habe ich aber niemals entscheiden können: was ist alkohologen? was ist endogen? Hier hängt alles immer ab von so zweifelhafter Subjektivität, daß eine Statistik völlig wertlos ist. Bei dem „pathologischen Rausch“ hängt auch vieles von ganz zufälligen räumlichen Konstellationen ab. So könnte ich gerade aus der Kriegszeit behaupten, er sei in Würzburg etwas häufiger geworden. Denn einige Male wurden stark Betrunkene von militärischen Patrouillen in die psychiatrische Klinik gebracht, weil eben gerade in der Kriegszeit eine schärfere militärische Kontrolle in der Nähe der Klinik war wegen des benachbarten Bahnhofs. Im Frieden hätte man sie überhaupt nirgends hingebracht oder bloß auf die Polizei in die Mitte der Stadt.

Bei „pathologischem Rausch“ habe ich übrigens auch immer starke diagnostische Zweifel gehabt in der Richtung der Frage: ist es nicht gewöhnliche Epilepsie? Daß ein gewöhnlicher Epileptischer in ein psychiatrisches Institut gebracht wird in einem Zustand, in welchem man ihn bis auf weiteres auch für „pathologisch betrunken“ halten kann, dies ist ja viel häufiger, als daß jemand in ein psychiatrisches Institut gebracht wird bloß aus der Ursache einer starken Berauschung durch Alkohol. In diesem Punkt möchte ich also am allerwenigsten eine Statistik wagen. In diesem Punkt war mir nun besonders dieses Erlebnis eindrucksvoll. Eine der beiden Kellnerinnen, von denen ich vorhin berichtet habe, daß sie in Wirklichkeit Delirium tremens alcoholicum hatten, aber mit der falschen diagnostischen Etikette: Eklampsie, und welche damit fälschlicherweise in der statistischen alkoholistischen Rubrik gefehlt haben, von einer dieser beiden kam der Bruder in die Klinik mit der Diagnose eines amtlichen Arztes: „pathologischer Rauschzustand“. Es war schon im vorigen Jahrhundert; und ich war damals noch nicht so skeptisch gegen solche Etikettierungen, wie ich es heute geworden bin. Und so habe ich diesen Bruder auch in die alkoholische Rubrik eingetragen mit dem alkoholistischen pathologischen Rausch, wie die Schwester mit dem alkoholistischen Delirium tremens. Und ich habe dabei Betrachtungen angestellt darüber, daß also hier wohl die Schwester als Kellnerin aus dem professionellen Abusus spirituosorum heraus erkrankt sei, der Bruder aber, der professionell nichts mit Alkohol zu tun hatte, sondern ein Schlosser war, vielleicht mehr einen endogenen dipsomanischen Trieb hatte. Nach einigen Jahren stieß ich aber wieder auf diesen Bruder in dem Akt über einen Unfall, bei welchem eine „Handlung“ des Bruders die Hauptsache war in bezug auf die Entscheidung über die Unfallrente. Auf diesen Bruder hatte dieses Mal durchaus kein Alkohol gewirkt. Und das, wofür ich früher in der Klinik eben keinen Anhaltspunkt gehabt hatte, war jetzt zweifellos und evident: er hatte in einem Anfall ganz gewöhnlicher Epilepsie einen Hammer ergriffen und ihn einem Nebenmann im Betrieb des



Geschäfts so stark auf den Kopf geschlagen, daß eine erhebliche Impression in Calotte und Hirn entstand mit aphasischen und andern Symptomen. Dafür mußte der Geschlagene eine hohe Unfallrente bekommen. Denn es wurde, ganz mit Recht, die Verletzung des Hirns durch den Hammer, die Hand und die Epilepsie jenes Bruders gerade so für einen reinen Betriebsunfall erklärt, wie wenn der Hammer durch bloß physikalische Gewalt an den Kopf geflogen wäre, nicht durch eine menschliche Hand. Es war nicht § 224 StrGB., sondern lediglich § 51, und für die Berufsgenossenschaft ein Unfall aus vis major sowie jeder andere. Es war mir nun natürlich von größtem Interesse, daß ich jetzt — als zweifellos Epileptischen — jenen Bruder wiederfand, den ich früher fälschlich etikettiert hatte als alkoholistischen Bruder der falsch etikettierten Eklampsie-Schwester. So hatten hier die beiden gerade umgekehrt wieder zurechtgerückt werden müssen. Aber solche Korrekturen der Fehler sind natürlich Ausnahmen, und meistens werden die Fehler eben weiterlaufen in den Statistiken. Und deshalb darf man so stark subjektiv Gefärbtem niemals trauen. Es kommt hinzu die große Verwirrung im Sprachlichen sowohl in den deutschen Suchten wie in den Ismen. Ich habe mir vor 15 Jahren wirklich alle Mühe gegeben, diese Konfusionen zu entwirren. Ich habe aber nichts davon wahrnehmen können, daß es seither besser geworden wäre. Die Festschrift kann jedermann jederzeit bei Gustav Fischer in Jena kaufen. Es scheint aber, daß sie niemand kauft, und daß deshalb, was darin steht, ohne alle Wirkung ist. Durch die sprachliche Verwirrung wird aber alles Statistische in diesem Gebiete noch unbrauchbarer, als es so schon ist infolge des großen Geheimnisses in der Wirkung des Alkohols. — Ich halte den Alkohol auch für ein schlimmes Gift in bezug auf moralisches und auf ruhiges, nützliches Denken im Hirn; und im übrigen Körper in bezug auf Herz, Arterien, Leber, Magen; und auch auf periphere Neuritis einschließlich der Sehnerven usw. —

Aber das glaube ich heute noch bestimmter als vor Jahrzehnten, gerade das eigentliche Gebiet der länger dauernden Hirnkrankheiten hat mit dem Alkohol als einer Causa sufficiens so gut wie nichts zu tun. Und deshalb konnte der Krieg auch nur da etwas hinwegnehmen, wo die zweifellosen Anfälle von Delirium tremens vorher häufig gewesen waren mit ihrer kurzen Dauer, bei der einige Wochen schon sehr lang sind. Alles andere ist so zweifelhaft in bezug auf den Alkohol, daß alles Statistische wertlos ist. Denn es fehlt jede solide Basis.

Würzburg, den 5. Juni 1920.

Der Vorstand der psychiatrischen Klinik.
Dr. *Rieger*."



Zur Wirkung der Affekte auf die Erinnerungsfähigkeit bei gesunden Erwachsenen, bei Kindern und Geisteskranken.

Von **Leokadya Waldberg**-Zürich.

Die komplizierten Wirkungen der Affekte auf die Erinnerungsfähigkeit sind noch ungenügend bekannt. Wir wissen, daß — wie selbstverständlich — affektbetontes Material ceteris paribus erinnerungsfähiger ist als gleichgültiges, und daß anderseits lustbetontes, namentlich was dem Selbstgefühl schmeichelt, besonders gut erinnert wird, während bei unlustbetonten Erlebnissen, namentlich bei solchen, die die Persönlichkeit herabsetzen, die größere Erinnerungsfähigkeit des Affektiven leicht überkompensiert wird durch die Abwehrtendenz gegenüber dem Unangenehmen, so daß solche Komplexe gern verdrängt werden. Ein Spezialfall ist die von *Jung* gefundene Tatsache, daß im Assoziationsexperiment bei unlustbetonten Reiz- oder Reaktionsworten die Reaktion ganz auffallend oft gleich wieder vergessen wird. Bei allen bekannten Affektwirkungen braucht weder der Affekt noch die Vorstellung, die ihn trägt, bewußt zu sein. Unbewußte, unerinnerte, verdrängte Komplexe können erinnerungfördernd oder erinnerunghemmend wirken ebensogut wie bewußte. Unter Umständen verschiebt sich die Wirkung eines Unlustaffektes analog wie bei den Zwangsideen auf etwas unschuldiges, das dann an Stelle des verdrängten erinnerungsfähigen Materials sich geradezu aufdrängen kann. Ein besonders klarer Fall einer solchen Deckerinnerung ist folgender:

Ein Herr machte einmal von sich aus die Bemerkung, es sei doch auffallend, wie stark sich einem manchmal Worte einprägen, die scheinbar völlig unsinnig seien. So habe er z. B. vor Jahren einmal auf einem Buchumschlage die von unbekannter Hand hingeschriebene Bleistiftbemerkung gelesen: „Es bildet sich ein Stromercharakter in der Welt" (Parodie auf Göthe: „Es bildet ein Talent sich in der Stille, sich ein Charakter in dem Strom der Welt." Tasso). Er habe im Laufe der Jahre immer wieder




daran denken müssen, aber nie einen eigentlichen Sinn in den Worte gefunden, auch sei ihm vollständig unklar, warum sich ihm dieser Sat derart eingeprägt habe und in gewissen Zeiten immer wiederkehre. E ergab sich, daß dieser Mann einmal unmittelbar vor der Verlobung stand diese ging aber nach einem sehr erregten Streit wieder aus. Er wollt nämlich vor der Verheiratung noch einige Zeit zu Ausbildungszwecken in Ausland, was der angehenden Braut mißfiel. Als jener Streit auf dem Höhepunkt war, warf die Braut ihm vor, er sei ein „Stromer" (Landstreicher), worauf der Angeredete sich im höchsten Zorn entfernte. Seither haben sich die beiden nie wieder gesehen, und der Mann hat sich stets bemüht, jeden Gedanken an seine frühere Geliebte und besonders an jenen Vorfall aus dem Bewußtsein zu verdrängen. Es sei ihm auch nach einiger Zeit gelungen, nur von Zeit zu Zeit werde er von gewissen melancholischen Stimmungen erfaßt.

Um von einer neuen Seite die Erinnerungsfähigkeit affektbetonter Komplexe zu beleuchten, habe ich die folgenden Versuche unternommen.

Versuchsanordnung. — Ich bot den Versuchspersonen auf akustischem Wege in gleichmäßigen Intervallen von je 10 Sekunden eine Serie von 21 Worten, deren Auswahl nach folgenden Gesichtspunkten erfolgte:

Zunächst wurden Begriffe angetönt, die erfahrungsgemäß am häufigsten zu inneren Konflikten führen: 1. aus der Vita sexualis: Untreue, Bett, Hochzeit, Eifersucht, Schlafzimmer; 2. aus dem sozialen Leben: Polizei, Besuch, Arzt, Wirtschaft, Rache; 3. aus dem religiösen Gebiete: z. B. Fegefeuer, Gottesdienst, Pfarrer, Glaube; 4. aus dem Familienleben: z. B. Schwester, Tante, Vater u. a. Dann wurden noch Wörter gewählt, welche zwar in unsere Gruppierung nicht hineinpassen, denen aber im allgemeinen leicht eine Affektqualität zukommt, wie z. B. das Wort „Feuer". Dieses wurde hauptsächlich noch deshalb aufgenommen, weil es bekanntermaßen im psychischen Leben vieler Geisteskranker eine große Rolle spielt (Symbolik). Es sollte möglichst viel Anlaß gegeben werden, die Wörter zu Komplexen in Beziehung zu bringen. Da das zuerst gebotene Wort bei der Reproduktion eine Vorzugstelle einnimmt, wurde ursprünglich beabsichtigt, dieses bei der Verarbeitung seiner Ausnahmestellung wegen gänzlich außer Betracht zu lassen, und es wurde deshalb an erster Stelle (gewissermaßen als Blindgänger) bei jeder Serie der Name eines Himmelskörpers gewählt. An den Versuchen nahmen 80 Personen teil, darunter 20 gesunde Erwachsene (meist gebildete Leute), 20 Schizophrene, 20 Epileptiker und 20 Kinder im Alter von 8—15 Jahren. Die Versuchspersonen bekamen die Instruktion, die Wörter, die ihnen vorgesprochen wurden, ruhig anzuhören. Daß sie sie zu reproduzieren hätten, wurde ihnen erst nach beendeter Darbietung mitgeteilt.



Es sollte auf diese Weise vermieden werden, daß die V.-P. in der Zwischenzeit die Wörter innerlich wiederholten oder sonst irgendwelche künstlichen Hilfsmittel anwendeten, um dieselben nicht zu vergessen. Nachher wurde die V.-P. aufgefordert, die behaltenen Wörter zu reproduzieren. Nach beendeter Reproduktion wurde über alle Worte, die erinnerten wie die vergessenen, ein Protokoll aufgenommen, d. h. die V.-P. hatten anzugeben, was sie bei jedem Wort bzw. in dem Zeitintervall von einer Darbietung zur andern erlebt hatten. Selbstverständlich mußten die gleichen Angaben auch bei den nichtreproduzierten Wörtern gemacht werden, denn nur auf diese Weise konnte der genauere Einfluß des Komplexes auf die Reproduktionsfähigkeit festgestellt werden. Die beiden Serien bestanden aus folgenden Wörtern:

Serie I	Serie II
1. Sonne	1. Mond
2. Schwester	2. Vater
3. Wirtschaft	3. Bahnhof
4. Hochzeit	4 Kuß
5. Fegefeuer	5. Engel
6. Rache	6. Kraft
7. Tante	7. Bruder
8. Arzt	8. Schule
9. Untreue	9. Liebe
10. Gottesdienst	10. Gebet
11. Prügel	11. Zuchthaus
12. Besuch	12. Mutter
13. Polizei	13. Teufel
14. Bett	14. Onkel
15. Pfarrer	15. Tod
16. Feuer	16. Lehrer
17. Schande	17. Sünde
18. Examen	18. Kind
19. Schlafzimmer	19. Haß
20. Glaube	20. Geburt
21. Eifersucht.	21. Gott.

Die Reproduktion bei normalen Erwachsenen. — Hier fiel zunächst auf, daß die erinnerten Wörter so zu sagen alle sich als besonders affektbetont erwiesen, während die andern gleichgültig erschienen. Um eine objektive Kontrolle zu haben, ließ ich von einem Kollegen, der von den Resultaten der Reproduktionen nichts wußte, alle Protokolle (auch der Geisteskranken) auf die affektive Wichtigkeit der Worte prüfen. Er bestätigte, ohne es zu wissen, durchaus mein Urteil.



Beim Normalen konnten wir stets das Bestreben konstatieren, die Wörter in der Reihenfolge ihrer Darbietung zu reproduzieren. Diese „Reihentendenz“ ist eine Teilerscheinung der Tatsache, daß wir ohne besondere Einstellung die assoziativen Zusammenhänge so zu ordnen pflegen, wie wir sie selbst erlebt haben.

Zur Illustration sei zunächst Versuchsperson A. angeführt. Von 21 dargebotenen Wörtern gelangen 8 in folgender Reihenfolge zur Reproduktion: 1, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 15. Trotzdem nicht einmal die Hälfte wiedergegeben wurde, ist hier die Reihenfolge der Darbietung auch nicht ein einziges Mal durchbrochen worden. Diese stark ausgeprägte Reihentendenz ist nach Ansicht der Versuchsperson selbst schuld an dem geringen Umfange der Reproduktion. Sie empfand ein gewisses Mißbehagen, wenn sie beim Suchen nach den Wörtern die Reihe rückwärts gehen wollte. Es erschien ihr dies, wie sie sich ausdrückte, gewissermaßen als „unlogisch“, und sie unterdrückte deshalb absichtlich diese Tendenz. Ihre schärfste Ausprägung fand die Reihentendenz bei Versuchsperson B. Diese reproduzierte von Serie I die Wörter bis 5 (1, 2, 3, 4, 5), d. h. nur soweit, als sie sie, ohne irgendeines auszulassen, aufzählen konnte.

Eine gleichfalls völlig ungebrochene Reihentendenz zeigt V.-P. C. Sie wiederholte aus der zweiten Serie die Wörter: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 15, 20, 21. Ein ganz analoges Verhalten zeigten V.-P. D und E. Die erstere dieser beiden wiederholte von Serie II die Wörter: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 12, 18, 21. Die letztere von der gleichen Serie: 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 17, 19, 21.

Die Verteilung der reproduzierten Wörter in der Reihe bei gesunden mit völlig ungebrochener Reihe zeigt Tabelle I.

Wörter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
V.-P. 1	/		/	/	/	/		/					/		/						
„ 2	/	/	/	/				/	/			/				/		/	/		
„ 3	/	/	/	/		/	/					/					/	/			/
„ 4	/	/		/		/	/		/	/	/		/				/		/		/
„ 5	/	/	/	/	/																
total	5	4	4	5	2	3	2	2	2	1	1	2	2	0	1	1	2	2	2	0	2
										30											15

Durchschnitt pro V.-P. 9 Wörter.

Auf den ersten Teil der Reihen fallen $^2/_3$ der Wörter, auf die zweite Hälfte $^1/_3$. Besonders oft reproduziert sind die ersten vier Wörter; bei den folgenden ist eine mit der spätern Stellung sinkende Reproduktionstendenz an unserem kleinen Material nicht bestimmt nachzu-



weisen. Es scheint, daß die erst gemerkten Wörter die Einprägung der folgenden hemmen. Wo man ferner vielerlei zu übersehen hat (wenn schon viele Wörter gegeben sind), wird eine Einzelheit bedeutungsloser. Auch die Aufmerksamkeit bzw. das Interesse mag bei der für die Versuchspersonen nicht recht verständlichen Arbeit des Zuhörens abnehmen. Wenn eine gelesene Fabel zwei deutlich unterschiedene Teile hat, wird im Durchschnitt der erste viel besser erinnert und reproduziert als der zweite (z. B. Äsop: Der mit Salz beladene Esel).

In den obigen 5 Fällen wurde die Reihe kein einziges Mal durchbrochen, in den 15 übrigen war die Reihentendenz insofern weniger ausgesprochen, als die V.-P. plötzlich einmal die Reihenfolge durchbrach, um sie nachher meist wieder aufzunehmen.

Verteilung der reproduzierten Wörter in der Reihe bei Gesunden mit teilweise gebrochener Reihentendenz:

Wörter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
V.-P. 6	/	/	/	/	/		/	/	/		/			/	/		/	/		/	/
,, 7	/	/	/	/	/	/	/						/		/	/	/		/	/	/
,, 8	/		/		/	/		/	/	/	/		/			/		/	/	/	
,, 9	/	/	/	/	/	/	/						/	/	/		/	/	/		
,, 10	/	/	/	/	/	/		/	/		/		/	/	/		/	/	/		
,, 11	/		/		/		/		/		/		/	/					/	/	
,, 12	/	/	/	/		/				/					/				/		
,, 13	/	/	/	/	/	/		/			/	/							/		
,, 14	/	/	/			/	/		/				/	/	/					/	/
,, 15	/			/				/			/			/	/		/		/		/
,, 16	/	/	/	/	/									/	/	/					
,, 17	/	/	/		/				/							/	/				/
,, 18	/	/	/		/				/		/		/		/						/
,, 19	/	/	/		/	/			/				/			/	/		/		/
,, 20	/	/	/	/	/	/	/	/				/					/				/
total	15	12	14	9	12	9	6	6	8	2	7	2	8	7	9	5	8	4	9	5	8
										93											72

Während bei den V.-P. mit ganz ungebrochener Reihentendenz das Verhältnis der ersten Reihenhälfte sich wie 2 : 1 verhielt, ist es hier 9 : 7, d. h. beide Hälften weisen nahezu die gleiche Anzahl reproduzierter Wörter auf. Da die Reihentendenz auch einen hemmenden Einfluß auf die Reproduktion ausübt, so muß ihrer Verminderung eine Erhöhung des Reproduktionsumfanges



parallel gehen. Daß dies wirklich der Fall ist, geht vielleicht aus der Erhöhung der durchschnittlichen Reproduktion von 9 auf 11 hervor.

In dem Maße, als die Reihentendenz als Selektionsfaktor zurücktritt, müssen natürlich andere Faktoren zur Geltung kommen. Dabei lag es nahe, dem Erlebnis, das mit dem ersten die Reihe durchbrechenden Worte verbunden ist, eine besondere Gefühlsvalenz beizumessen. Wenn auch aus der Protokollangabe allein diese größere Valenz nicht immer sofort ersichtlich war, ließ sie sich durch eine genauere Analyse beinahe ausnahmlos nachweisen. Auffallend war, daß die Reihe immer durchbrochen wurde durch ein Komplexwort, dessen Stellung vor dem zuletzt genannten richtig gereihten Wort war. Es schien, als ob zunächst eine Verdrängungstendenz die Erinnerung an das Komplexwort hinderte, gerade dadurch aber die Aufmerksamkeit doch darauf wandte und so den Komplex verriet, wie man beim Radfahrenlernen auf den Stein losfährt, dem man ausweichen möchte.

Beispielsweise reproduzierte V.-P. F. aus Serie I die Wörter: 1, 2, 3 4, 5, 15, 20, 21, 19, 14, 9, 17, 8, 7, 11. Das 19. Wort (Schlafzimmer) unterbrach also zum ersten Male die Reihe. Das Protokoll selbst hat wenig Auffälliges. Es lautet einfach: „Unser Schlafzimmer sollte schöner sein.“ Nun aber ergab sich aus der Analyse bzw. aus anderweitigen Zusammenhängen, daß dieses Unschöne des Schlafzimmers im Geistesleben der V.-P. eine große Rolle spielt.

V.-P. G. reproduzierte aus der nämlichen Serie die Wörter: 1, 2, 3, 4, 5, 17, 14, 15, 16, 21. Gerade dieser Sprung von dem 5. bis zum 17. und das Zurückgehen auf das 14. war auffällig. Es zeigte sich auch hier, daß die beiden Wörter (Schande und Schlafzimmer) Komplexwörter waren.

Was die Reproduktion der Normalen von der der Geisteskranken besonders unterscheidet, ist der Umstand, daß unsere Normalen die Wiedergabe mit zwei Ausnahmen mit dem zuerst dargebotenen Worte begannen.

Eine dieser Ausnahmen betrifft V.-P. H. Von den Wörtern der Serie I reproduzierte sie der Reihe nach: 2, 7, 3, 4, 15, 13, 17, 5, 20, 21, 19, 16, 6, 1. Diese Reproduktion zeigt eine beinahe völlige Aufhebung der Reihentendenz. Am auffälligsten ist der Umstand, daß das zweite Wort (Schwester) an erster, das erste dagegen an letzter Stelle steht. Die Assoziationen der V.-P. beim zuerst reproduzierten Wort führte uns sofort auf die Ursache dieser Erscheinung.

Schwester: „Man fühlt den Wert eines Menschen doppelt, wenn man ihn verloren hat. Man wird sich dessen um so mehr bewußt, wenn man

vorher ganz mit ihm harmonierte." (V.-P. hat vor kurzem eine Schwester verloren, die sie sehr liebte [die Versuchsleiterin]). Es kommt also wirklich dem Wort infolge des damit verknüpften Erlebnisses eine hochgradig gesteigerte Gefühlsvalenz zu, und außerdem handelt es sich noch um ein Erlebnis aus der jüngsten Vergangenheit. Die beiden Ursachen hängen insofern zusammen, als die Größe der Gefühlsvalenz natürlich von der seit dem Erlebnis des Todes verflossenen (geringen) Zeit abhängt.

Vergleichen wir nun im allgemeinen die Protokolle, die die V.-P. bei den reproduzierten und nichtreproduzierten Wörtern abgeben, so finden wir, daß die Erlebnisse (bzw. die Angaben) bei den reproduzierten Wörtern bedeutend reicher sind und ein stärkeres Hervortreten der Gefühle zeigen als die andern. Eine zahlenmäßige Darstellung dieser Tatsache ist naturgemäß nicht möglich, da es zu schwer hielte, eine mathematische Grenze zwischen den beiden Erlebnisarten zu ziehen. Vergleichen wir die Angaben bei den reproduzierten Wörtern miteinander, so sehen wir, daß bei den unlustbetonten Vorstellungen, die das Selbstbewußtsein der V.-P. herabsetzten, die Angaben viel spärlicher sind als bei den andern. Dagegen zeigten unlustbetonte Erlebnisse, die das Ich der V.-P. nicht verletzen, eine ebenso große Komplexbereitschaft wie die lustbetonten.

So zeigte z. B. eine V.-P. eine sehr große Assoziationsbereitschaft auf das Reizwort „Kind", obwohl es für sie sehr unlustbetont war, da sie ihr einziges sehr geliebtes Kind verloren hatte.

Kind: „Ich denke an mein verstorbenes Kind, wie sehr es gelitten hat, wie es mich bis zum letzten Augenblick angeschaut hat, wie ich früher mit ihm spielte, wie es mich begrüßte, als ich nach Hause kam, wie schrecklich einsam ich mich jetzt fühle" usw. Eine andere V.-P., die ebenfalls ihr Kind verloren hatte, die sich aber, wie die Analyse zeigte, die größten Vorwürfe machte, daß sie schuld sei an dem Tode des Kindes, da sie es, wie sie behauptete, vernachlässigt und nie recht geliebt hätte, assoziiert auf Kind nur wenige Worte.

Kind: „Weiß nichts, im Himmel werden die Kinder zu Engeln, weiß nicht, was ich noch sagen muß."

Wie viele von den reproduzierten und nicht reproduzierten Wörtern der gesunden Versuchspersonen Komplexwörter sind, war nicht nachzuweisen, da die Versuchsleiterin nur von einigen der 20 Versuchspersonen die Komplexe kannte. Bei den Kranken war es viel einfacher, da die meisten von ihnen längere Zeit in der Anstalt waren und die nachträglich angesehenen Krankengeschichten die Komplexe aufdeckten und so als eine wertvolle Kontrolle dienten.



Vergleichen wir die Protokollangaben der Normalen mit denen der Geisteskranken, so finden wir bei den ersteren vor allem eine größere Objektivität dem Erlebnis gegenüber. Es zeigen sich bei ihnen auch viel mehr gemeinsame Momente, die mit Erziehung, Bildung, Lektüre, Tagesereignissen zusammenhängen, als bei den Kranken. Bei den letzteren fällt namentlich der stark individuell verschiedene (rein persönliche) Charakter der Erlebnisse in Verbindung mit einer oft sehr ausgeprägten Egozentrizität auf.

Die Reproduktion bei Kindern. — Die Kinder unserer Versuche (Knaben und Mädchen) waren im Alter von 8—15 Jahren. Bei ihnen war die Reihentendenz viel weniger ausgesprochen als bei den Normalen. Während diese im allgemeinen, auch wenn sie die Reihenfolge an einzelnen Stellen durchbrechen, nachher oft wieder in der Reihe bleiben, pendelt bei den meisten Kindern die Reproduktion unregelmäßig hin und her. Je älter das Kind ist, desto deutlicher

Stellung der erinnerten Wörter in der Reihe:

Wörter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1 Mädchen 8	/	/	/		/			/						/							
2 Knabe 8	/		/	/		/	/				/		/								
3 ,, 9	/	/	/	/	/	/	/	/			/			/							
4 ,, 9	/		/	/	/						/			/		/	/		/		
5 ,, 10	/			/	/								/		/				/		/
6 ,, 10	/	/						/			/	/					/				
7 ,, 10	/				/	/				/		/	/	/	/	/			/		
8 ,, 10	/	/			/		/					/				/		/		/	/
9 ,, 10	/	/				/								/		/		/			/
10 Mädch. 10	/	/										/					/				
11 ,, 10	/	/	/										/			/		/	/		
12 ,, 10	/		/	/		/		/		/										/	/
13 ,, 10	/	/		/	/			/	/		/										
14 Knabe 11		/			/	/				/					/		/	/	/	/	/
15 ,, 12	/	/	/			/		/			/		/								
16 ,, 12	/		/		/		/								/						
17 Mädch. 12	/	/	/								/		/			/					
18 ,, 13	/	/	/	/	/	/			/		/					/	/	/	/	/	
19 ,, 14	/	/	/			/	/					/		/		/	/				
20 Knabe 15	/	/	/	/				/	/			/	/	/		/					
Knabe 15	19	14	12	8	10	9	5	7	3	3	8	6	7	7	4	9	6	5	6	4	5
total										90											67



kommt immerhin eine gewisse Reihentendenz zum Vorschein. Die Auffassung der Anordnung der Dinge fällt den Kindern deutlich schwerer als Erwachsenen, so wenn sie beim Sprechenlernen umstellen (Traufedach statt Dachtraufe).

Wie die Tabelle zeigt, ist trotz des schon erwähnten Hin- und Herpendelns bei der Reproduktion der erste Teil der Reihe stark bevorzugt. Am stärksten vertreten sind die ersten 3 Wörter. Der Umfang der Reproduktion ist geringer als bei normalen Erwachsenen (Durchschnitt 7,5 gegen 9 bzw. 11 bei den Erwachsenen). In dieser Hinsicht besteht somit zwischen den Kindern und den Kranken eine gewisse Übereinstimmung, wenngleich natürlich die Ursachen des geringeren Reproduktionsumfanges ganz verschieden sind. Weitere Analogien zwischen Kindern und Geisteskranken bilden die Angaben von Wörtern, die garnicht dargeboten wurden, ferner die Wiederholung des nämlichen Wortes sowie die Tatsache, daß ohne sichtbaren Grund die Reproduktion nicht mit dem ersten Worte beginnt. Bei Kindern erweist sich die Gedächtnisleistung geringer als bei den Erwachsenen sowohl in bezug auf die Anzahl der behaltenen Wörter als namentlich in bezug auf ihre Reihenordnung, und ferner in bezug auf Unterscheidung des dargebotenen von anderem Material und des schon Gesagten von noch nicht Erwähntem.

Die Ergebnisse bei Geisteskranken. — Unter den ersten untersuchten Patienten befand sich eine Alkoholika, Fr. B., 35 Jahre alt. Sie wurde aus dem Gefängnis nach dem Burghölzli geschickt zur Begutachtung, da sie ein Fahrrad gestohlen hatte. Pat. leugnete den Diebstahl ab und behauptete, daß ihr ein gestohlenes Velo verkauft wurde. Sie war 4 Jahre verheiratet und hat kürzlich ihren Mann verloren.

Von den 21 dargebotenen Wörtern der ersten Serie reproduzierte sie sieben: Wirtschaft, Schwester, Fegefeuer, Polizei, Schande, Examen, Feuer (3, 2, 5, 13, 17, 18, 16). Aus den nach der Reproduktion aufgenommenen Protokollen (Erlebnisangaben bei jedem Wort) ergaben sich bei der Pat. drei gefühlsbetonte Komplexe, die sich durch ihre Einheitlichkeit deutlich vom sonstigen psychischen Erleben abheben. Die drei Komplexe haben als Zentrum 1. die Trunksucht der Pat., 2. den Tod des Gatten und 3. den Fahrraddiebstahl.

Von den sieben reproduzierten Wörtern standen sechs in deutlich nachweisbarem Zusammenhang mit diesen Komplexen.

Mit dem Trunksuchtkomplex in Zusammenhang gebracht wurden die Wörter: Wirtschaft und Fegefeuer.

Wirtschaft: „Habe schon etwas zu viel getrunken, ich habe es aber nicht leicht im Leben gehabt. Jetzt wollen sie mich in die Trinkerheilanstalt geben; ich weiß nicht, ob es viel nützen wird."

Fegefeuer: „Denke halt, die Sünde, die man hier begeht, muß man dort abbüßen. Man muß dort ganz rein erscheinen. Ich habe Kummer, weil ich etwas getrunken habe, und glaube mich deshalb versündigt zu haben."

Mit dem Tode des Mannes in Zusammenhang gebracht wurde von den reproduzierten einzig das Reizwort „Schwester". In den nachfolgenden Protokollangaben zeigt sich auch sehr deutlich, wie der Komplex ziemlich fernliegende Vorstellungen mit seinem Gefühlston belegt, und wie der Ideenverlauf dem Zentrum des Komplexes (Tod des Mannes) zustrebt.

Schwester: „Wenn man eine Schwester hat, hat man doch jemanden, dem man etwas klagen kann, wenn man keine Heimat hat. Ich habe leider keine. Fremde Menschen haben mich auf dem Waisenhause verklatscht. Ich möchte jemandem meine Schmerzen klagen, über den Tod meines Mannes."

Der Fahrraddiebstahlskomplex wurde von den Wörtern Polizei und Schande tangiert.

Schande: „Schande dachte ich mir so: Wenn man den guten Namen verliert, hat man alles verloren. Besser 1000 Franken verlieren als den Namen. Bin noch nie vorbestraft worden; aber wenn sie mich wegen dem Fahrrad verklagen werden, nehme ich es geduldig hin. Es tut dies immer inwendig bohren."

Polizei: „Die Polizei fürchte ich; bin noch nie vorbestraft worden. Wenn ich so etwas sehe, fürchte ich mich."

Es ist vor allem nun noch zu untersuchen, wie es sich mit jenem Wort (Feuer) verhält, das reproduziert wurde, obschon es nicht in einem unmittelbaren und leicht ersichtlichen Zusammenhang mit einem Komplexe steht. Hervorgehoben zu werden verdient, daß dieses „komplexlose" Wort erst zuletzt reproduziert wurde, obschon es in der Darbietung früher auftrat. Betrachten wir zunächst die Protokollangabe:

Feuer: „Man soll Kindern keine Zündhölzchen geben. Habe kürzlich im Spital eine Kranke, die sich verbrannt hat, gesehen."

In dieser Protokollangabe fällt auf, daß der Bewußtseinsverlauf in Beziehung steht zu jüngst vergangenen Erlebnissen der Pat. Nun ist es eine bekannte psychologische Erfahrung, daß in allen



Fällen, wo durch ein Reizwort die Möglichkeit einer Beziehung zu jüngst vergangenen Erlebnissen geboten wird, ein Wiedererleben dieser letzteren sehr wahrscheinlich ist. Dazu kommt aber noch, daß (sonstige gleiche Gefühlswertigkeit vorausgesetzt) die jüngstvergangenen Erlebnisse immer wichtiger erscheinen als die früheren. Daß es in der Tat so ist, geht vor allem aus dem größeren Drang nach Mitteilung hervor, der bei der Reproduktion jüngstvergangener Erlebnisse auftritt. Nehmen wir z. B. an, in einem Gespräch sei etwa von Tramunfällen die Rede, und unter den Anwesenden sei einer, der eben einen solchen gesehen habe, so steht mit Sicherheit zu erwarten, daß er dem Drang nach Mitteilung nicht widerstehen kann. Findet die gleiche Unterhaltung dagegen einige Wochen nach dem Erlebnis statt, so ist der Mitteilungsdrang schon wesentlich geringer geworden. Wir können somit sagen, daß durch die Zeit eine Verschiebung der Gefühlsvalenz in der Weise herbeigeführt wird, daß jüngstvergangene Erlebnisse ein Plus an Wichtigkeit bekommen, das sie andern, effektiv wichtigern gleichwertig oder gar überwertig macht. Wir dürfen uns infolgedessen durchaus nicht wundern, wenn „komplexlose“ Wörter infolge Zusammenhang mit neuen und relativ wichtigen Erlebnissen vorübergehend gleiche Valenz wie Komplexwörter bekommen und infolgedessen ebenfalls reproduziert werden. Vielleicht wäre sogar die Annahme, daß alle reproduzierten Wörter Komplexwörter sind, gar nicht falsch, denn es ist gut möglich, daß selbst die Wörter, die wir als „komplexlose“ betrachten, mit einem für uns unsichtbaren Komplex im Zusammenhang stehen. Man muß sich nämlich vergegenwärtigen, daß die Protokollangaben niemals ein völlig adäquater Ausdruck für das Erlebnis sind, und daß aus ihnen namentlich die Qualität und Intensität der erlebten Gefühle nicht immer mit der wünschbaren Deutlichkeit ersichtlich ist. Für unsere Zwecke aber genügt es, wenn wir bei der Reproduktion ein Überwiegen der Komplexwörter konstatieren können. Natürlich ist auch nicht auszuschließen, daß sich unter den nichtreproduzierten Wörtern einzelne befinden, die der Versuchsperson entfallen sind, obschon sie ebenfalls mit einem Komplex in Beziehung gebracht wurden. Denn es besteht stets die Möglichkeit (wo Komplexwörter nicht reproduziert werden), daß durch das Berühren eines stärker gefühlsbetonten und wichtigen Komplexes ein Erregungszustand



wachgerufen wird, der während einer gewissen Zeit dominiert, und der zur Folge hat, daß die Berührung anderer, normaliter ebenfalls wichtiger und gefühlsbetonter Vorstellungsmassen weniger zur Geltung kommt, da ihre Wirkung durch den dominierenden Komplex zum Teil neutralisiert wird. Allein auch dieser Umstand spielt für den Zweck, den wir mit unseren Untersuchungen verfolgen, keine wesentliche Rolle, denn für uns genügt es vollkommen, wenn wir auf raschem und einfachem Wege und unter möglichster Umgehung von Sperrungen Wörter auffinden, die uns das Aufsuchen der Komplexe selbst erleichtern. Diese Möglichkeit ist aber in zureichender Weise gegeben, wenn unter den reproduzierten Wörtern die Komplexwörter überwiegen; daß einzelne Komplexwörter nicht reproduziert werden, ist dabei völlig unwesentlich.

Im vorliegenden Falle sind 14 Wörter nicht reproduziert worden; 2 von diesen standen in nachweisbarem Zusammenhang mit den Komplexen der Patienten, und zwar Untreue und Prügel.

Untreue: „Habe Untreue erlebt, habe ein gestohlenes Fahrrad gekauft und deshalb das Geld verloren."

Prügel: „Straferei nützt bei mir nicht viel; wenn sie mich in die Trinkheilanstalt geben und ich keinen guten Willen habe, hilft es doch nicht."

Bei den übrigen 12 Wörtern sind die Angaben sehr spärlich, z. B.:
Tante: „Habe keine."
Arzt: „Dem Arzt bin ich dankbar."
Gottesdienst: „Habe Freude am Gottesdienst."
Besuch: „Habe keinen Besuch."
Schlafzimmer: „Soll reinlich gehalten werden" usw.

Was nun (abgesehen von den gleich bei der ersten Sitzung herausgefundenen Komplexen) die Erkennung des Krankheitsbildes (Alkoholismus) selbst betrifft, so ist zu sagen, daß die sonstigen Protokollangaben der Patientin so gut wie keine Anhaltspunkte liefern. Nun sind die feineren Züge des Krankheitsbildes bei Alkoholismus der weiblichen Patienten meist nicht leicht wiederzugeben. (Vgl. Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie S. 174.)

Die Untersuchung einiger männlicher Alkoholiker ergab aber auch nichts Charakteristisches.

Unsere zweite Patientin, Frl. R., 29 Jahre alt, leidet an einer Art Kleptomanie.

In den letzten 10 Jahren hatte sie unzählige Diebstähle und auch

Betrüge begangen, hatte viel nötiges und unnötiges Zeug, welches sie dann verschenkte, ja sogar wegwarf, gestohlen. Sie wurde oft erwischt, kam oft ins Gefängnis und von da schließlich ins Burghölzli. Kaum war sie aber ein paar Monate draußen, ging die „alte Leidenschaft“ wieder los. Pat. spricht mit Tränen von ihrem Laster, kann aber, wie sie sagt, nicht widerstehen, sie hat keine Macht über sich. Der Stehltrieb kommt bei ihr in scharf ausgeprägten Anfällen, die einige Tage bis über zwei Wochen dauern und mit depressiver und reizbarer Verstimmung, schlechtem Aussehen und erhöhtem und unregelmäßigem Puls einhergehen.

Von den 21 Wörtern der ersten Serie reproduzierte die Pat. in nachstehender Reihenfolge: Sonne, Schwester, Fegefeuer, Untreue, Arzt, Untreue, Schlafzimmer, Prügel, Polizei, Bett, Glaube, Eifersucht (1, 2, 5, 9, 8, 9, 19, 11, 13, 14, 20, 21). An dieser Reproduktion, die ihrem Umfange nach dem Durchschnitt des Normalen entspricht, und die auch die Tendenz des Normalen zeigt, die Wörter in der Reihenfolge der Darbietung zu reproduzieren, fällt einzig die zweimalige Reproduktion des Wortes „Untreue“ auf, das als erstes die Reihenfolge der Darbietung durchbricht. Die Eigentümlichkeit ist selbstverständlich in der Unehrlichkeit der Pat. begründet:

Untreue: „Ich habe schon Untreue gemacht, habe unter betrügerischen Angaben Sachen erhoben. Ich konnte nicht widerstehen. Habe den festen Entschluß, es nicht mehr zu tun. Habe neulich geträumt, daß ich etwas genommen habe, ein Körbchen, Stoff, Vorhangstangen. Ich war froh, daß es nur ein Traum war.“

Wir sehen also hier, wie bei einem Fall, der dem Normalen ziemlich nahekommt, auch die Reproduktion nahezu normal ist, und wie das einzige Wort, das in der Reproduktion auffällt, einen Hinweis für die Diagnose bietet.

Was sonst die Protokollangaben bei den reproduzierten und nichtreproduzierten Wörtern betrifft, so standen 10 von 11 reproduzierten in ganz deutlich nachweisbarem Zusammenhang mit den Komplexen der Pat. (Krankheitskomplex und Trunksucht des Vaters). In den Protokollangaben der nichtreproduzierten war nur in 2 von 10 ein solcher Zusammenhang nachweisbar.

Schizophrene. — Daß der doppelten Reproduktion eines Wortes meist ein in affektiver Beziehung überwertiges Erleben zugrunde liegt, zeigt sich ganz besonders in Fällen von Schizophrenie. Der erste derselben betrifft einen 33jährigen Pat.

J. St. Hier handelt es sich um eine schon in der Jugend in schleichen der Form einsetzende Schizophrenie, welche mit Alkoholismus und „Pyromanie" kompliziert ist. Nach dem Burghölzli kam der Pat. diesmal, weil er drei Scheunen in Brand gesteckt hatte. Er sei „wie rasend, wie vom Teufel besessen" auf die erste Scheune gesprungen.

Dieser Pat. reproduzierte von Serie I folgende Wörter: Sonne, Feuer, Polizei, Untreue, Fegefeuer, Untreue, Eifersucht, Examen, Feuer (1, 16, 13, 9, 5, 9, 21, 18, 16). Was zunächst die Anzahl der Reproduktionen betrifft, fällt auf, daß sie etwas unternormal ist. Viel auffälliger dagegen ist der Umstand, daß hier sogar 2 Wörter (Feuer und Untreue) wiederholt reproduziert werden, und besonders auch Auswahl und Reihenfolge der wiedergegebenen Wörter. Aus der Reproduktion des ersten Wortes ergibt sich auch hier die dem Normalen eigene Tendenz, in der Wiedergabe die Reihenfolge der Darbietung inne zu halten; dann aber werden gleich 14 Wörter übersprungen, um zu dem Worte Feuer zu gelangen. Von Interesse ist ferner, daß das direkt folgende Wort Polizei, das in der Darbietung früher auftrat, offenbar in sehr großer assoziativer Bereitschaft zu Feuer steht. Die Reproduktion geht in der Darbietungsreihe zurück zu „Untreue". Daß das nachfolgende Wort (Fegefeuer) ein weiteres Zurückgehen in der Darbietungsreihe bedeutet, ist unwahrscheinlich. Es muß vielmehr angenommen werden, daß nur das Grundwort (-feuer) reproduzierend wirkt, so daß wir Fegefeuer eher als Perseveration von Feuer (bzw. des damit verbundenen Affektes) aufzufassen haben. Eine Perseveration ist natürlich auch in dem nach Fegefeuer unmittelbar wieder folgenden Worte (Untreue) zu sehen. Damit scheint die affektive Valenz, die den dargebotenen Wörtern beigelegt werden konnte, erschöpft zu sein, denn die beiden nachfolgenden Wörter (Eifersucht, Examen) hängen offenbar mit einem Wiederwirksamwerden der Reihentendenz zusammen. Zuletzt kommt als ceterum censeo nochmals Feuer. Nachstehend das Protokoll:

Feuer: „Das Feuer braucht man zum Kochen, kann schlimme Folgen haben; zum Löschen ist das Wasser am besten."

Untreue: „Ein Mensch, der einem andern etwas zufügt, etwas wegnimmt, was nicht sein ist, oder etwas unüberlegt tut. Untreue hat's viel, da kann man ein ganzes Buch schreiben."

Diese Protokolle stehen mit ihrer scheinbar rein objektiven Auffassung der Wörter und dem gesamten, scheinbar rein intellektuellen



und affektlosen Verhalten im auffallenden Widerspruche mit den Folgerungen, die wir aus der anormalen Reproduktion und (nachträglich) aus der Anamnese gezogen haben. Wenngleich hier die Komplexe durch die Protokolle direkt nicht aufgedeckt werden konnten, so wird doch durch die anormale Reproduktion sehr rasch die Richtung deutlich, in der die weitere Untersuchung zu gehen hat.

Mit einem weiteren Fall von Schizophrenie hatten wir es bei der 42jährigen Pat. G. zu tun. Untersuchung während der Besserung eines manisch-schizophrenen Anfalles.

Von Serie I hat die Pat. reproduziert: Sonne, Feuer, Schwester, Glaube, Arzt, Tante, Fegefeuer, Pfarrer, Bett, Schlafzimmer, Schande, Treue (statt Untreue) 1, 16, 2, 20, 8, 7, 5, 15, 14, 19, 17. Des ferneren behauptet die Pat., „Feuer“ sei zweimal geboten worden, was nicht stimmt; „Bett“ und „Pfarrer“ wurden zweimal reproduziert, aber als Wiederholungen erkannt. Von den reproduzierten 12 Wörtern stehen 9 in offensichtlichem Zusammenhang mit religiös-sexuellen Komplexen, während bei dreien ein direkter Zusammenhang nicht ersichtlich ist. Dem Umfange nach ist die Reproduktion durchaus normal. Letztere Tatsache ist nicht auffallend, da das Gedächtnis bei Schizophrenie oft keine nachweisbaren Störungen zeigt, sofern nicht Wahnideen oder Komplexbedürfnisse gelegentlich die Erinnerung fälschen.

Pfarrer: „Das ist ein kritisches Problem. Für meine Person ist es auch ein kritisches Problem. Ich habe geglaubt, der Pfarrer soll nicht nur schön predigen, sondern auch in schweren Verhältnissen uns helfen, mit Rat oder vielleicht auch mit Tat. Jetzt denk ich mir so: Wenn ich beim Pfarrer und beim Richter keinen Rat finde, werde ich schwermütig. Dabei habe ich angefangen, mit Gott zu rechnen, wenn ich doch nur wüßte, daß du helfen kannst. Da habe ich einst eine Stimme gehört, das war eine liebliche Stimme, und die hat gesagt: Sei still, ich weiß alles. Das hat aber noch lange nicht alles in mir beruhigt; deswegen litt ich noch immer an der Schwermut, an quälendem und drückendem Alleinsein. Da habe ich mir gedacht, wenn ich heiraten werde, wird das Alleinsein aufhören. Meinetwegen können sich die alten Jungfern Katzen und Hunde anschaffen, das ist nicht, was mir genügt. Da habe ich wieder eine Stimme gehört, da ist der Heiland zu mir gekommen, und da habe ich mir gedacht: aus Liebe zu ihm werde ich nicht heiraten, und da kam er wieder zu mir und sagte: „Willst du denn mich auch nicht?“ Und der Heiland sagte



selbst: „Ich bin dein Heiland und der oberste Kriegsherr.“ Das ist es was mich so frappiert hat; er, der oberste Kriegsherr, hält um dein Herz und deine Hand an. Nach diesem war ich ganz berauscht und beglückt vor lauter Glück. Es war so, daß ich es immer noch nicht fassen konnte; es war mir so, als ob von meinen Augen nun Licht ausgestrahlt würde. Und da habe ich gar nicht mehr schlafen können. Das Glück hat mich nicht schlafen lassen. Und da ist ein Auswurf bei mir gekommen, und da mußte ich ununterbrochen husten [1]), und da war mir, als kämen große körperliche und geistige Schmerzen über mich, wie ein Winden, wie ein Spiralen von unten heraufkommend, als ob es Kinderleichen wären, und den Husten noch dazu, und da war ich vor Glück ganz überrumpelt. Vor drei Jahren habe ich es immer im Körper gespürt, und da war es, als ob der liebe Gott mit mir gesprochen hätte. Da habe ich zu ihm gesagt: „Du kannst ja machen mit mir, was du willst, ich kann ja nichts dagegen machen.“ Der Arzt hat mir gesagt: „Sie haben ja schöne blaue Augen“, und das war mir lieb. Und da hat der liebe Gott gesagt: „Du warst so kritisch, und da willst du auch mir noch einen Korb geben, du kritische Person?“, und da hat man mich hierher gebracht, und hier ging erst der Tanz los mit mir. Es war wie ein Kristall in meinem Hirn, es war, als ob ich selbst in mein Hirn hineinsehen könnte, es war, als ob das Hirn im Kristall drin liege. Ich habe alle Töne von Tieren schreien müssen, wie eine Katze, Wolf und Tiger, und da hat's mich interessiert, welche Mundstellung ich dabei hätte. Das ist einfach aus mir herausgequollen. Es sind zwei Mächte in mir, eine gute und eine böse Macht.“

Dieses Protokoll enthüllt zunächst den schweren, religiös-sexuellen Komplex, auf den wir bereits hingewiesen haben. Interessant ist hier wieder das Zustreben des Ideenverlaufes nach dem Komplexzentrum; der Gedankenverlauf selbst zeigt die schweren Störungen in assoziativer und logischer Hinsicht (man vergleiche z. B. den völlig aus dem Zusammenhang fallenden Satz: „Der Arzt hat mir gesagt ...“), die ihm und der ganzen Ausdrucksweise den bei der Schizophrenie typischen Charakter des Bizarren verleihen. Aus dem Protokoll ergeben sich aber noch wichtige Einzelsymptome, die die Diagnose wesentlich erleichtern. So finden wir: Gehörs-, Gesichts- und Körperhalluzinationen (Stimme, die gehört wird, Licht, das von den Augen ausstrahlt, Schmerzen und Wunden, die empfunden werden), Ambivalenz (es sind zwei Mächte in mir) sowie Zwangshandlungen (die Pat. muß bestimmte Tierstimmen nachahmen).

[1]) Pat. hat eine leichte Phthise.



Bett: „Was kann ich jetzt sagen von meinem Bett? Es läßt sich ieles sagen. Ich finde es ist nicht gut, wenn man ein Kind zu viel im chlafzimmer läßt, weil es dem Grübeln ausgesetzt wird. Wenn man ein ind allein läßt, da grübelt es doch über alles Mögliche. (Frage d. Versuchsl.: as haben Sie denn gegrübelt?) Was recht sei und was nicht recht sei, as den ganzen Tag gelaufen ist, und was es für Folgen bringen kann für ie Zukunft, und daß ich alles so schwer auffasse, und daß ich nicht so in wie andere."

Die hier offenbarte und als unangenehm empfundene Neigung um Grübeln ist vielleicht im Zusammenhang mit den Zwangstendenzen uf dem Gebiete des Handelns. Es scheint, daß die Pat. schon als Kind den richtigen Kontakt mit der Umwelt verloren hatte und dem Autismus verfallen war.

Feuer: „Ich weiß momentan nichts vom Feuer. Es waren eben d. h. in der Protokollangabe beim Reizwort Pfarrer [die Versuchsleiterin]) n mir eine Macht wie Feuer, als ob ich englisch sprechen müßte. Wie der Blitz ist alles von mir herausgequollen; man nennt den heiligen Geist auch den Geist des Feuers, man sagt, eine große Liebe ist eine feurige Liebe."

Aus dieser Angabe ergibt sich die Verquickung des religiösen mit dem sexuellen Komplexe, wobei das Feuer für die Pat., wie gewöhnlich, das Symbol des Sexuellen darstellt. Die Protokolle der übrigen Komplexwörter zeigen keine neuen und wesentlichen Züge des Krankheitsbildes. In den Protokollangaben der nichtreproduzierten Wörter war kein Zusammenhang mit Komplexen nachzuweisen.

Frl. A. B. (Hebephrenie), geb. 1897. Vater Potator, starb, als Pat. 2 Jahre alt war. Pat. wurde mit ihrem Bruder bei Pflegeeltern aufgezogen, weil die Mutter keine einwandfreie Vergangenheit hatte. Pat. hat mit andern Kindern wenig gespielt, war immer für sich allein. Mit 6 Jahren war sie bei der Mutter zu Besuch, sah, daß ein Mann bei der Mutter schlief, und das hatte auf sie großen Eindruck gemacht. Als sie erfuhr, daß die Mutter uneheliche Kinder hatte, regte sie sich sehr auf. Bei der Pflegemutter wurde Pat. vom Bruder und einem Zimmerherrn belästigt: sie wollten immer ihre Geschlechtsteile sehen, und betasteten sie an der Vulva. Pat. ist seit 2 Jahren in Burghölzli; sie ist oft deprimiert, weil sie, wie sie behauptet, keine rechte Mutter habe, sie erwarte nur das Schlimmste, da sie aus einer so verwahrlosten Familie stamme. Pat. träumte oft, sie verkehre geschlechtlich mit ihrem Bruder, und es ist ihr dabei wohl.

Pat. hat in letzter Zeit Bedürfnis nach Blut, sie meinte, sie könnt jemanden umbringen, um sich zu rächen; sie möchte nur Blut fließen sehen. Sie denkt viel über den Tod ihres Vaters nach. An der Mutter und dem Bruder scheint Pat. sehr zu hängen, obwohl sie sie moralisch verurteilt.

Die Pat. reproduzierte von Serie I: Rache, Schwester, Feuer, Examen, Bett, Schwester, Wirtschaft, Treue (6, 2, 16, 18, 14, 2, 3). Dem Umfange nach steht die Reproduktion hinter der der Normalen etwas zurück. Dazu kommt die Nichtreproduktion des ersten Wortes, was beim gesunden, ja sogar bei Kindern äußerst selten und meist nur dann vorkommt, wenn durch einzelne andere Reizwörter starke Gefühle tangiert werden.

Die Reihentendenz wird, wie oft bei der Schizophrenie durch das Berühren affektiver Komplexe unterdrückt: eines sexuellen Bruderkomplexes und eines Elternkomplexes.

Von den sieben effektiv reproduzierten Wörtern hängen fünf nach den Protokollen mit den Komplexen zusammen, während die beiden übrigen sich nach der Anamnese als Komplexwörter erwiesen. In sehr engem Zusammenhang mit einem Komplex stand das zuerst reproduzierte Wort (Rache). (Erklärung, Angaben aus der Anamnese.)

Rache: (Sperrung, lange Pause) „Weiß nichts. (Tränen.) Heißt mich nicht reden, heißt mich schweigen. Es ist zu tief eingegraben.“

Aus diesem Protokoll ist zunächst von dem mit dem Wort verknüpften Erlebnis, dessen Wiedergabe durch die Sperrung und zum Teil auch durch Negativismus verhindert wird, nichts ersichtlich als die Überwertigkeit des mit dem Erlebnis verbundenen Gefühls. Ein weiteres Insistieren und direktes Fragen nach dem Erlebnis hätte hier aller Voraussicht nach zu einer größeren Intensität der Sperrung geführt und den Negativismus gesteigert. Dadurch, daß die Protokollaufnahme in scheinbar ganz unbefangener und objektiver Weise zu den durch die andern Wörter in Erinnerung gebrachten Erlebnissen weiterschreitet, tritt eine Ablenkung ein, wodurch die Sperrung umgangen und die Möglichkeit geschaffen wird, den in Frage kommenden Komplex von einer andern Seite mit besserem Erfolge anzuschneiden. In der Tat war es im vorliegenden Falle auch möglich, den schweren



exuellen Komplex der Pat. bei den andern Wörtern aufzudecken. Vir lassen nachstehend noch einige Protokollangaben folgen.

Bett: (Weint, lange Pause.) „Man ist oft traurig vor Müdigkeit, enn man einen immer und immer zum Narren hält. Wenn ich ins Bett ehe, ruft man mich, daß ich an den Schalter kommen soll, und wenn h komme, ist niemand da. Vielleicht geht das Unbewußte mit dem Beußten zusammen, vielleicht hat jemand die Macht über meine Geanken; manchmal ruft ein Arzt."

Die Pat. gibt Gehörshalluzinationen an, die ihr lästig werden, weil ie stets zu einer Enttäuschung führen. Ob die Pat., wenn sie die Stimme hörte, tatsächlich aufstand, ist aus den Protokollangaben llein nicht mit Sicherheit zu bestimmen, da sich (bei Schizophrenie) ft auch kinetische Halluzinationen mit akustischen und optischen erbinden, so daß die Pat. wie der Normale im Traum selbst zu handeln glauben. Neben den Sperrungen bildet die Empfindung, daß jemand die Macht über der Pat. Gedanken habe, einen deutlichen Hinweis auf Schizophrenie.

Feuer: „Brennendes Haus, Blutrache, das gehört zusammen. Papa, Erlösung, Geheimnis, begraben. Ich will mit allem begraben werden. Ich habe schon einmal etwas über meinen Papa gesagt, hat er mir Verwesungsgeruch eingehaucht. Er kommt, wenn ich in der Zelle bin, und nimmt mir meine Glieder und sagt, ich könne seine haben aus dem Grab. Und wenn der Papa geht, dann kommen andere Menschen, und die Glieder fallen ihnen ab, werden zu Tieren, so daß ich gar nicht weiß, ob ich nicht in eine Menagerie verkauft bin."

Schande: „Ich muß mich immer schämen, daß ich da bin (im Burghölzli). Ich bin nicht mehr Mensch, ich bin Tier, ich habe mich selbst (als solches) gesehen. Ein Tier mit menschlichem Verstand, ein Mensch mit tierischem Charakter."

Jeder Normaldenkende würde am Schluß dieser Angabe einen Widerspruch sehen, indem die Pat. angibt, sie sei ein Tier mit menschlichem Verstande, um in unmittelbarster Folge wieder zu behaupten, sie sei ein Mensch mit tierischem Charakter. „Der schizophrene Defekt der Assoziationswege macht es möglich, daß Gegensätze, die sich sonst ausschließen, nebeneinander in der Psyche existieren." Wir haben in diesem Widerspruch die sogenannte intellektuelle Ambivalenz, eine Teilerscheinung der allgemeinen schizophrenen Ambivalenz zu erblicken. Wir können sie als ein Zerfließen der Gegensätze, welche meist auf einem Zerfließen der in Frage kommenden Begriffe beruhen, betrachten. Eine besondere Bedeutung hat in diesem Falle das



Symbol, welches bei der Schizophrenie eine so große Rolle spielt. In diesem Sinne muß auch das nachstehende Protokoll der nämlichen Pat. aufgefaßt werden:

Arzt: „Vertrauen, Geheimnis, die Seele zerschneiden. (Lächeln.) Man hat mir die Seele zerschnitten, und da habe ich eine Katze gesehen mit offenem Leib, und es hat gar nicht geblutet, aber da kam ein Mann mit offenem Leib, und aus ihm Feuer, Zelle".

Auffallend ist, daß die Pat. bei den Worten: „Man hat mir die Seele zerschnitten" lächelt. Wenn man den Inhalt dieser Angabe wörtlich nimmt, so muß man natürlich eine qualitative Veränderung des Affektes bei dieser Reaktion erblicken und ihn als inadäquat bezeichnen. Dieser Umstand ist bei Schizophrenie sehr häufig. Wenn wir aber in Betracht ziehen, daß hinter den Worten eine sexuelle Symbolik steckt, die der Pat. sehr angenehm ist, so erkennen wir, daß der begleitende Affekt dem Erlebnis adäquat ist.

Bei einer weiteren Sitzung reproduzierte die Pat. folgende Wörter der Serie II: Vater, Tod, Haß, Bruder, Sünde, Mond, Bahnhof, Engel, Liebe, Teufel, Geburt, Gott (2, 15, 19, 7, 17, 1, 3, 5, 9, 13, 20, 21). Die Reproduktion erreicht hier ihrem Umfange nach das Normale (hier 12, bei der ersten Sitzung 8), was wohl eine Folge davon ist, daß die Pat. die nachherige Reproduktion voraussah und sich dementsprechend bei der Darbietung einstellte (künstliche Gedächtnishilfen). Bei diesem Versuche fällt wieder auf, daß hier, ebenso wie bei der ersten Sitzung, zunächst die Reihenfolge ganz ignoriert wird, und daß die zuerst reproduzierten Wörter starke Komplexwörter sind [1]). Die Pat. überspringt 14 Wörter der Reihe, um zum Worte Tod zu gelangen, und wählt bald darauf das 19. Wort der Reihe (Haß), dann geht sie zum 7. (Bruder) zurück und steigt wieder zum 17. (Sünde) hinab.

[1]) Daß die zuerst reproduzierten Wörter (Vater, Tod) starke gefühlsbetonte Wörter sind, bestätigt auch folgendes aus der Anamnese: Pat. erfuhr, daß ein Pat. auf der Abteilung gestorben sei, und bat um Erlaubnis, bei dem Toten bleiben zu dürfen. Sie spricht mit einem verzückten Lächeln, welches Vergnügen das für sie wäre, den Toten zu sehen. Als sie der Arzt aufmerksam machte auf das Unschöne ihres Verlangens und sie aufforderte, zu erklären, was sie dazu treibe, zeigte sich, daß die Pat. „das Geheimnis des Todes" ergründen wollte, des Todes ihres Vaters, der nicht mehr zurückkommen kann, um zu verhindern, daß die Mutter keine unehelichen Kinder haben soll.



Diese 5 „ausgewählten“ und zuerst reproduzierten Wörter besitzen den übrigen gegenüber eine große Überwertigkeit. Sobald sich aber mit diesen Wörtern der affektive Wert verbraucht hat, kommt die Reihentendenz zur Wirkung. Es besteht so zu sagen in allen Fällen, wo starke Komplexe vorhanden sind, ein Kampf zwischen Reihentendenz und Gefühlsvalenz, wobei die letzte die Oberhand gewinnt. Von den Protokollangaben dieser zweiten Sitzung sind folgende sehr charakteristisch für den schweren sexuellen und Familienkomplex der Pat.

Vater: „Nichts, ich weiß nichts, ich möchte los werden von allem; ich bin an alles wie gebunden, weil ich keine Mutter hatte, der ich klagen konnte. Als Kind erlebt man doch so viel, was man mit irgendeinem Menschen besprechen möchte. Jetzt gerade möchte ich eine Mama haben. (Weint.) Schauder, Tierwagen, meine Mama, ich habe sie gesehen.“

Bruder: „Man ist nur wie ... nichts, ich will nichts.“

Tod: „Ist das Schönste. Vielleicht ist meine Mama schon tot.“ (Lacht.)

Mutter: „Haben Sie doch schon gesagt, wieder Mutter. Nichts, nein, ich will nicht. Es ist wie ein Sarg. (Lacht.) Ich möchte bei einem toten Menschen wachen, ganz allein, nur einmal. Man sagte mir immer, ich muß einen toten Menschen stehlen.“ (Lacht.)

Geburt: „Wiedergeburt, eine geistige Wiedergeburt (starker Affekt), ich sollte tot sein. Wenn der Körper tot ist, wird man geistig geboren. Wenn man tot ist, wird man von diesen Menschen, die auf dieser Welt sind, vergeistert. Mutter ist tot. Man behauptet, mein Papa sei tot, und er spricht viel mit mir. Das Bild: der Tod als Freund, es gibt noch ein Bild: der Tod als Feind. Ich habe die Bilder so gern. Ich habe meinem Vater versprochen, daß ich niemandem sage, was ich mit ihm spreche, das bleibt bei uns. Mein Papa verbietet mir alles, und ich kann auch schweigen. (Lacht.) Ich glaube, ich habe gar keine Liebe in mir, man soll nie zeigen, wie lieb man die Menschen hat. Schwarz und Rot sind meine Lieblingsfarben. Ich habe die Feuerblumen so gern, und wenn sie nur einen Tag gelebt haben und dann ihre Blätter wieder herabwerfen, haben sie doch ihre Pflicht getan. Immer geht der Boden auf. Einmal habe ich nachts in meinem Bett einen Mann gesehen, oder ich weiß nicht recht, ob es ein Mann, ob eine Frau war, und viele Kinder, und ich hatte Angst, die Kinder könnten ersticken, und wenn ich Angst habe, da singe ich, um die Angst zu verbergen, daß ich nicht höre, daß man mich ruft.“

Das Alogische des Gedankenganges, die für die Schizophrenie so wesentliche Störung der Assoziationen, tritt besonders deutlich im letzten Protokoll hervor. Wir sehen, wie „aufeinanderfolgende Glieder



die Beziehung zu einander ganz entbehren, so daß das Denken u
zusammenhängend wird.“

Nebenstehende Tabelle über die Versuche mit Schizophren
gibt an:

1. Wieviel Wörter jeder Patient zu reproduzieren imstande w
2. wieviel von den reproduzierten Wörtern die Patienten in B ziehung zu ihren Komplexen gebracht haben,
3. wieviel von den nichtreproduzierten Wörtern in Zusammenha mit Komplexen standen,
4. wieviel Wörter gebracht wurden, die gar nicht dargeboten wurde
5. wieviel Patienten das gleiche Wort zweimal reproduzierten,
6. wieviel Wörter mit verändertem Sinn reproduziert wurden.

Schizophrenie.

V. P.	Komplex-haltige Re-produktionen	Komplexlose Reproduk-tionen	Komplexhal-tige und kom-plexlose Re-produktionen	Komplex-haltige nicht-reproduzierte Wörter	Komplexlose nichtreprodu-zierte Wörter	Komplexhaltige und komplexlose nichtreprodu-zierte Wörter	Nicht-dargebotene	Wortver-änderungen	Wieder-
1	5	3	8	1	12	13			
2	3	2	5	1	15	16			
3	9	3	12	—	9	9	1	1	
4	6	3	9	2	10	12			
5	4	2	6	1	14	15	1	1	1
6	9	2	11	—	10	10			
7	3	1	9	—	17	17			
8	5	2	7	—	14	14	1	1	1
9	5	2	7	1	13	14			
10	3	2	5	1	15	16			
11	7	3	10	2	9	11			
12	6	3	9	1	11	12			
13	6	2	8	1	12	13	2		
14	5	2	7	—	14	14			
15	—	1	1	—	—	20			
16	6	2	8	1	12	13			
17	8	3	11	—	—	10		1	1
18	6	—	6	2	13	15	1		
19	4	2	6	—	—	15			
20	8	2	10	—	—	11	—	—	—
	108	42	150	14	256	270	6	4	3

Epileptiker. — E. B., 23 Jahre alt, weiblich. Als Kind Krämpfe, in der Schule unfolgsam, vergeßlich, nicht besonders wahrhaft. Mit



.0 Jahren den ersten epileptischen Anfall, seither häuften sich große und kleine Anfälle.

Von Serie I reproduzierte diese Pat. folgende Wörter: Eifersucht, Maschine, Bett, Wirtshaus, Polizei, Eifersucht, Tante, Besuch (mit der Bemerkung: ich habe schönen Besuch gehabt), Bett (21, 14, 3, 13, 21, 7, 12, 14). In bezug auf den Umfang der Reproduktion, soweit die wirklich dargebotenen Wörter in Betracht kommen, fällt auf, daß es unter dem Normalen steht. Der Gang der Reproduktion selbst ist ein sonderbarer. Mit dem zuletzt dargebotenen Worte wird der Sicherheit halber angefangen, nachher wird wahllos zu dem fortgeschritten, was im Gedächtnis noch zufällig hängen geblieben ist. Dabei zeigt sich die Läsion der Gedächtnisfunktion (1. in Wiederholungen des nämlichen Wortes (Eifersucht, Bett); 2. in einer Wortveränderung (Wirtshaus statt Wirtschaft); 3. in der Reproduktion eines gar nicht dargebotenen Wortes (Maschine). Wenn sich aus der Art der Reproduktion, d. h. aus dem ungenauen Gedächtnis, dem Hängenbleiben an einem Wort, aus den Gedächtnisillusionen allein die Diagnose noch nicht ergibt, so wird sie doch deutlicher aus den Protokollen. Hier fällt vor allem die Armut und das Monotone des Gedankeninhalts auf und die Häufung von Werturteilen, wie „schön", „gut", „böse". Nachstehend einige Beispiele:

Pfarrer: „Ich habe den Pfarrer gern, wenn er etwas Schönes sagt."

Fegefeuer: „Vögel [1]) fliegen halt schön hoch, sie haben schöne Köpfe, rote und gelbe."

Untreue: „Ja, wenn man so böse ist, aber das ist nicht gut, lieber beten, so recht schön, gut. Ich bete am besten."

Rache: „Das weiß ich jetzt nicht gut. Habe von meinen Leuten schönen Besuch gehabt."

Schande: „Man soll lieber besser sein, so hat man einen lieb, so recht gut und gern."

Diese Beispiele ließen sich noch reichlich vermehren. Sicher ist,

[1]) Hier ist der Zusammenhang zwischen Reizwort und Angabe nur durch eine rein oberflächliche Klangsassoziation (Fege — Vogel) zu erklären. Der zweite Teil des Reizwortes (-feuer) wirkt insofern mitbestimmend, als er sonderbarerweise die Köpfe als rot und gelb auffassen läßt. Während also der erste Teil des Reizwortes akustisch wirkte, wurde der zweite optisch (inhaltlich) bestimmend.



daß man bei unserer Art des Vorgehens diese Stereotypien leichter i
ihrem anormalen Charakter aufzeigen kann, als wenn man die Pa
einfach auf das Reizwort mit einem einzelnen Worte reagiere
läßt. Ein Normaler und ein Epileptiker können z. B. beide mi
„schön" reagieren, allein eine genaue Protokollangabe wird ebe
zeigen, daß in einem Falle der Reaktion ein reiches Erleben, im ander
dagegen ein rein oberflächlicher Zusammenhang zugrunde liegt.

Neben der mühsamen Auffassung, der schwerfälligen Repro
duktion der Erinnerungsbilder, der Armut und Gleichförmigkeit de
Gedankeninhalts ist für den Epileptiker bekanntlich auch eine stark
Egozentrizität charakteristisch. Schon die Auswahl der erwähnte
nichtssagenden Ausdrücke (gut, böse, schön, lieb usw.) bedeutet im
Grunde ein Manifestwerden dieser Tendenz, denn es handelt sich
hier ausnahmslos um Adjektiva, die nicht sowohl objek-
tive Feststellung als vielmehr ein subjektives Werturteil
bedeuten. Natürlich finden wir auch bei andern Geisteskrankheiten,
daß die Pat. in ausgeprägter Weise auf ihre Person Bezug nehmen,
allein in den Protokollangaben der Epileptiker zeigt sich dieser Um-
stand viel offener, und vor allem viel plumper. Das „Ich" spielt in ihren
Angaben stets eine recht auffällige Rolle. Wir verweisen unter den
schon zitierten Angaben auf folgende Sätze: (Untreue) Ich bete am
besten ...; (Pfarrer) Ich habe den Pfarrer gern ... sowie auf nach-
stehende Beispiele.

Schlafzimmer: „Grad da schlafe ich, wenn es einem nicht gut ist."

Tante: „Die Tante ist ja gut, sie gibt einem etwas Gutes. Ich habe ein schönes Paketchen von daheim bekommen. Ich werde wieder froh, wenn ich wieder ein schönes Paketchen von daheim bekomme."

Rache: (Besinnt sich lange.) „Das weiß ich jetzt nicht gut. Ich habe von meinen Leuten schönen Besuch gehabt.

Diese Protokolle zeigen neben der auffälligen Ich-Beziehung noch andere Merkmale, die für die Epilepsie charakteristisch sind. So zeigt das zweite Protokoll (Tante) das bei diesen Kranken bevorzugte Verweilen des Gedankenkreises bei Familienangehörigen. Es ist das natürlich nichts anderes als eine etwas erweiterte Form der Egozentrizität, die man auch als „Familiensimpelei" bezeichnet hat.

Die Angabe auf das Reizwort „Rache" zeigt, daß die Pat. das Wort gar nicht verstanden hat. Da aber die Pat. auch beim Reizwort „Besuch" angegeben hat: „Man hat Freude an Besuch, ich habe

schönen Besuch gehabt“, so haben wir es hier offenbar mit einer der bei Epilepsie so häufigen Perseverationen zu tun. Zugleich zeigt sich auch hier das für diese Patienten charakteristische „Klebenbleiben“, Nichtloskommen von einem einmal angeschnittenen Thema. Noch viel besser ausgeprägt ist letzterer Umstand in folgenden Protokollen eines andern Epileptikers:

Schwester: „Die Schwester ist 3 Jahre jünger als ich, sie hat ihren Mann verloren.“

Wirtschaft: „Sie hatte keine Wirtschaft.“

Arzt: „Sie ist kein Arzt, sie hat einen zweiten Mann bekommen, darum hat sie es besser.“

Gottesdienst: „Sie hat Gottesdienst, das hat sie mir schon gesagt, sie geht immer in einen heiligen Verein.“

Prügel: „Mich hat sie noch nie geprügelt.“

Besuch: „Ich kann sie nicht besuchen.“

Polizei: „Die hat keine Polizei, ihr Mann ist ein Schreiner, ein guter Schreiner.“

Bett: „Sie hat eine schöne Wohnung, schönes Bett.“

Pfarrer: „Nein, nein, der ist kein Pfarrer, alle sind reformiert.“

Schlafzimmer: „Bin noch nie bei ihr gewesen, in der Nacht noch nie bei ihr gewesen.“

Glaube: „Sie hat einen schönen Glauben.“

Eifersucht: „Das weiß ich ja nicht, ob sie Eifersucht hatte mit ihrem ersten Manne.“

Wir sehen, daß der Pat. alles an das erste dargebotene Reizwort (Schwester) anknüpft, von den folgenden Reizwörtern werden keine neuen Vorstellungen ausgelöst; „er ist nicht ablenkbar und bleibt bei der Sache, vermag nicht, raschen Wendungen des Gespräches zu folgen oder mehrere Dinge gleichzeitig zu beachten. Die Beweglichkeit seiner Einbildungskraft ist sehr gering, mühsam und in bescheidenem Umfange knüpfen sich neue Vorstellungsverbindungen, und äußere Anregungen wecken spärlichen Wiederhall in seinem Bewußtsein“, wie sich *Kraepelin* trefflich über die Epileptiker äußert.

Wir wollen noch einen andern Fall anführen. Frau Sch. ist geboren im Jahre 1879. Als Kind Krämpfe, sonst gesund. Heirat mit 26 Jahren. Die ersten Anfälle mit 33 Jahren. Die Anfälle häuften sich mit der Zeit immer mehr, kamen auch nachts vor. Pat. wurde für die Umgebung gefährlich und mußte in die Irrenanstalt gebracht werden.



Die Pat. reproduzierte bei Serie I Schande, Besuch, Tante, Fege-feuer, Arzt, Pfarrer, Eifersucht, Fegefeuer, Schlafzimmer, Prügel, Gottesdienst, Medizin, Doktor (17, 12, 7, 5, 8, 15, 21, 5, 19, 11, 10). Von diesen 13 reproduzierten Wörtern sind 10 wirklich dargeboten worden, zwei sind nichtdargebotene (Medizin, Doktor) und eine Wiederholung (Fegefeuer). Die Reihenfolge der reproduzierten Wörter ist wieder auffallend: eine Reihentendenz macht sich im umgekehrten Sinne bemerkbar. Wie im vorhergehenden Falle, wird mit den zuletzt dargebotenen Wörtern begonnen. Bezeichnenderweise wird keines der erstgebotenen Wörter reproduziert. Das Gedächtnis läßt die Patientin bei diesen zeitlich ferner liegenden Wörtern im Stich, so daß die Mehrzahl der reproduzierten Wörter der zweiten Hälfte, die zeitlich näher liegt, angehören. In den Protokollangaben dieser Patientin zeigt sich besonders typisch die Umständlichkeit und Unbeholfenheit im Ausdruck. So definiert sie:

Fegefeuer: „Strafunterkunft eines Sünders nach dem Tode."

Besuch: „Empfänglichkeit von andern Personen."

Glaube: „Gehirnhang an Jesu Christi."

Eifersucht: „Im geschlechtlichen Verkehr, wenn man einem natureifrig, geschlechtseifrig ist."

Eine Verbindung von Epilepsie mit Homosexualität zeigte sich bei dem Pat. J. W., der schon seit 14 Jahren in der Anstalt ist (zurzeit 34jährig). Da dieser Pat. in der Anstalt seinen homosexuellen Trieb unterdrücken mußte, hat sich dieser in religiösen Wahn verwandelt. Nachdem man ihn von einem Freunde (aus der Anstalt), mit dem er sehr zärtlich war, getrennt hatte, wollte er Selbstmord begehen aus Verzweiflung über den Verlust dieses Freundes. Dann aber „fand er Trost beim lieben Gott". Man hat oft behauptet, daß die Epileptiker mit Vorliebe religiöse Ideen pflegen, doch gibt es bekanntermaßen viele derartige Kranke, die alles andere eher als religiös sind. Immerhin macht *Holzinger* (Über assoz. Versuche bei Epilept.) mit Recht darauf aufmerksam, daß sich die religiöse Gesinnung, sofern sie tatsächlich vorhanden ist, bei den Epileptikern in ganz anderer Weise äußere als bei Normalen, indem sich naturgemäß die Schwerfälligkeit und Umständlichkeit sowie das Widerlich-Aufdringliche dieser Kranken auch auf dem religiösen Gebiete zeige. Dies gilt in gewissem Sinne auch von unserem Pat. Doch betrachten wir zunächst die Reproduktion. Bei Serie I wurde angegeben: Sonne, Schwester, Tante, Hoch-



eit, Gottesdienst, Polizei, Eifersucht, Examen, Hochzeit, Eifersucht, Schlafzimmer, Gottesdienst, Fegefeuer, Laube, Prügel, Schuld (1, 2, 7, 4, 10, 13, 21, 18, 4, 21, 19, 10, 5, 11). Dem Umfange nach (11 wirklich gebotene) erreicht die Reproduktion das Normale. Dabei ist auch das zeitlich am fernsten liegende erste Wort mitreproduziert worden. Diese beiden für einen Epileptiker etwas auffallenden Umstände erklären sich aber zwanglos daraus, daß die Großzahl der Wörter mit dem religiös-sexuellen Komplex in Beziehung gebracht werden konnte und infolgedessen bei der Reproduktion ganz wesentlich begünstigt war. *Jung* bemerkt in der Zusammenfassung, welche er zum Schlusse seiner „Diagnostischen Assoziationsstudien" macht, daß die Assoziationen der Epileptiker zum Teil durch ihren Krankheitskomplex konstelliert sind. Diesen Umstand haben wir auch bei unseren Patienten feststellen können. Doch im vorliegenden Falle überwog der schon früher erwähnte religiös-sexuelle Komplex, wie ihn folgende drei Protokolle enthüllen:

Tante: „Die Schwester der Mutter. Ich habe eine Vision gehabt, in der der liebe Gott zu mir sprach. Ich habe Selbstmord begehen wollen, und da habe ich eine Stimme gehört, das war die Stimme meines Freundes, der Herrgott hat durch den Freund gesprochen."

Untreue: „Ist auch eine Sünde, die man an Menschen und Gott verüben kann, durch die man eine Freundschaft ganz kaput machen kann. Das habe ich nämlich selbst erfahren. Es ist doch nicht so geworden, es hat nur den Schein gehabt. Der Freund hat zu mir gesagt: Du bist ein Treuloser. Ich war ja beim Pfarrer und habe ihm gesagt, ich wolle alle Schuld auf mich nehmen."

Schande: „Das ist eine Beschuldigung für jemanden, der eine Sünde begangen hat, oder eine Sache. Und dann Untreue von mir aus Selbstmord zu begehen und in Verzweiflung zu geraten, ist auch eine Schande, wenn nicht der Herrgott mich befreit hätte. Wunder Gottes habe ich immer am Ende der Woche gesehen."

Was die Reproduktion sonst betrifft, so hat dieser Patient ebenso wie die andern Epileptiker Wiederholungen (Gottesdienst, Hochzeit, Eifersucht) und nicht dargebotene Wörter (Laube, Schuld) gebracht. Was aber ganz charakteristisch in der Art der Reproduktion für Epileptiker sich zeigte, ist der Umstand, daß sie aus den dargebotenen Wörtern Sätze bilden und in Satzform reproduzieren, wie z. B.:

„Rache habe ich keine gehabt."
„Pfarrer haben wir zwei."
„Gottesdienst gehe ich jeden Sonntag."



„Ins Feuer bin ich nie gefallen.“
„Wegen der Hochzeit habe ich noch nie gefeiert.“
„Wegen dem Glauben bin ich in der Heilsarmee.“
„Habe noch nie Prügel erlitten.“

usw. Es haben viele Psychiater (*Jung* u. a.) darauf aufmerksam gemacht, daß die Umständlichkeit der Epileptiker ihren Ausdruck findet in der Unmöglichkeit, mit einem einzelnen Worte auf ein Reizwort zu reagieren. Bei unserem Vorgehen wird dieser Zug der Kranken noch viel manifester, indem sie die dargebotenen Wörter mit „Ausschmückungen“ reproduzieren.

Epilepsie.

V.-P.	Reproduktionen	Wiederholungen	Nichtdargebotene	Wortveränderungen
1	5	2	1	1
2	10	1	2	—
3	4	—	1	—
4	5	1	1	—
5	9	—	1	—
6	6	1	1	1
7	3	1	2	1
8	10	3	2	—
9	8	1	—	1
10	3	1	2	—
11	6	—	—	—
12	4	—	—	—
13	7	2	1	1
14	6	1	2	—
15	10	1	—	—
16	10	1	—	—
17	5	1	—	—
18	6	—	2	—
19	8	—	3	1
20	7	1	1	—
	132	19	22	6

Zusammenfassung. — I. Nach akustischer Darbietung von Wortserien werden gleich nachher fast nur solche Wörter erinnert, die gefühlsbetonte Komplexe antönten. In unseren Versuchen kamen fast ausnahmslos Unlustgefühle zur Wirkung.

II. 1. Bei Normalen besteht außerdem eine Tendenz, die Wörter in Reihenfolge der Darbietung zu reproduzieren.

2. In den Fällen, wo gefühlsbetonte Vorstellungen dominieren, wird die Reihe durchbrochen durch ein Wort, welches diese Vorstellung angeregt hat (Komplexwort).

III. Bei Kindern ist die Reihentendenz um so weniger ausgesprochen, je jünger sie sind. Bei den jüngsten kann sie ganz fehlen.

IV. 1. Unsere Anstaltsschizophrenen beginnen die Reproduktion mit Wörtern, welche mit gefühlsbetonten Komplexen zusammenhängen. Ob diese bewußt sind oder nicht, ist gleichgültig.

2. Sie reproduzierten oft 2—3 mal das nämliche Wort; es zeigte sich, daß solche „Wiederholungen" immer Komplexwörter waren.

3. Sie bringen oft bei der Reproduktion nichtdargebotene Wörter, welche sich immer als Komplexwörter herausstellten.

4. Sie verändern oft die dargebotenen Wörter; solche „Wortveränderungen" wurden immer infolge und im Sinne von Komplexen vorgenommen.

5. Die Zahl der reproduzierten Wörter steht bei ihnen etwa um die Hälfte hinter der Zahl bei Normalen zurück.

Wenn aber viele von den dargebotenen Wörtern ihren Komplexen entsprechen, so ist die Reproduktionsfähigkeit ebenso groß wie bei den Normalen.

6. Die meisten der reproduzierten Wörter (108 von 150) standen erkennbar in Zusammenhang mit Komplexen, sowohl unbewußten wie bewußten.

7. In den nichtreproduzierten Wörtern war ein Zusammenhang mit Komplexen nur sehr selten nachweisbar (in 14 von 256).

V. 1. Die Epileptiker reproduzierten bei unseren Versuchen etwas weniger Wörter als die Schizophrenen (6,5 von 21). Die Gedächtnisschwäche und vielleicht die Perseveration drückt sich noch in dem Umstand aus, daß sie die Reproduktion

a) mit den zuletzt gebotenen Wörtern beginnen und nur selten die erstgebotenen bringen;

b) in der Anhäufung von Wiederholungen, Wortveränderungen und nicht dargebotenen Wörtern.

Diese Reproduktionsanomalien beruhen bei den Epileptikern im Gegensatz zu Schizophrenen nicht auf Komplexen, sondern auf Ungenauigkeit des Gedächtnisses, Gedächtnisillusionen und Gedächtnisschwäche.



Schizophrenie und psychologische Auffassungen [1]).

Von Priv.-Doz. Dr. **J. Berze,**
Reg.-Rat u. Dir. der Landesheilanstalt am Steinhof zu Wien.

Im 74. Band dieser Zeitschrift ist eine Arbeit von *E. Bleuler* erschienen, betitelt: „Störung der Assoziationsspannung ein Elementarsymptom der Schizophrenie. Eine Hypothese." Zu ihr habe ich in einem Aufsatze Stellung genommen, der im 75. Band dieser Zeitschrift enthalten war: „Die Schizophrenie im Lichte der Assoziations- und in dem der Aktionspsychologie." Auf diesen Aufsatz kommt nun wieder *Bleuler* zurück in einer im 76. Band dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit: „Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Zugleich ein Beispiel, wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden."

Bleuler hat sich ein eigenartiges, nicht gerade unbequemes Verfahren für diese Diskussion zurechtgelegt. Schon in seiner in der Münch. m. Wschr. (1915, S. 848) erschienenen Besprechung meiner Arbeit „Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität" waren die ersten Anzeichen zu erkennen. Aus meiner Polemik gegen seine Auffassungen habe er, heißt es dort, „nichts gewonnen als einen neuen Erfahrungsbeweis, wie sehr man im psychopathologischen Denken noch nebeneinander vorbeiredet". In der nun vorliegenden Schrift wird dieser Gedanke weiter verfolgt. *Bleuler* will, wie er sagt, mit seiner Ausführung „zugleich ein Beispiel" liefern, „wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden". — Und zweitens meint er in jener Besprechung, ich hätte wohl neun Zehntel meiner Bemerkungen (sc. über *Bleulers* Auffassungen) unterlassen, wenn ich ihn verstanden hätte, so wie er in der letzterwähnten Schrift findet, daß Mißverständnisse, die mir seiner Meinung nach begegnet sind, daran schuld seien, daß ich an ihm „vorbeigeredet" habe [2]).

Das „Vorbeireden in psychopathologischen Dingen" ist in der Tat eine Plage ersten Ranges. Aber trotzdem darf der Vorwurf des Vorbei-

---

[1]) Eingegangen am 4. 12. 20.

[2]) „Aneinander vorbeireden" würde, genau genommen, heißen: A redet an B vorbei, B an A. So meint es *Bleuler* aber nicht; er hat es nur darauf abgesehen, mich als den Vorbeiredenden hinzustellen. Nur so ganz im Vorbeigehen gibt *Bleuler* die Möglichkeit zu, daß auch er „trotz aller Vorsicht Einwendungen machen" könnte, „die auf Mißverständnissen beruhen".



redens wohl nicht zum Universal-Abwehrmittel werden Einwendungen gegenüber, die einem Autor, und sei es auch einen solchen von der Bedeutung *Bleulers*, gemacht werden. Was aber den zweiten Vorwurf betrifft, möchte ich zu bedenken geben, daß der Forscher nicht wenige sind, die zur Meinung neigen, jeder, der sie verstanden habe, müsse so ipso auch mit ihnen einverstanden sein; wer nicht mit ihnen einverstanden sei, habe sie also offenbar nicht verstanden.

Bleuler ist in psychologischen und psychopathologischen Dingen in einer weit glücklicheren Lage als ich. Schon vor 40 Jahren, also in relativ jungen Jahren, war er mit seiner Psychologie fertig. Er ist zufrieden mit ihr; denn sie hat ihm in den 40 Jahren „weder in der Pathologie noch beim normalen Menschen irgendeine unerwartete Lücke noch einen Widerspruch ergeben". Das ist viel, sehr viel, verleiht Sicherheit und nachgerade ein Gefühl der Überlegenheit des eigenen Urteiles in psychologischen und in psychopathologischen Dingen. Mir ist es nicht so geglückt. Wer meine ersten, vor etwa 25 Jahren erschienenen Arbeiten zur Hand nimmt, wird bald erkennen, daß ich damals der Assoziationspsychologie keineswegs fern stand. Die weitere Beschäftigung mit der Psychopathologie erst hat mich zur klaren Erkenntnis geführt, daß der Assoziationismus gerade den wichtigsten psychopathologischen Problemen gegenüber versagt und ihrem Kern nicht einmal nahekommt. Die Apperzeptionstheorie vermag wohl diesen zentralen Problemen zum Teile gerecht zu werden. Aber sie ist wieder doch nur (vgl. u. a. *Münsterberg*) eine Arbeitshypothese, an sich unfruchtbar. Das Verlangen nach einer Psychologie, die s. v. v. die motorische, die aktive Seite am Psychischen entsprechend würdigt und nicht dem Fehler verfällt, „die Erklärung auf unkausale Gebiete abzuwälzen", brachte mich u. a. dazu, der „Aktionstheorie" *Münsterbergs* eine gewisse Aufmerksamkeit zu schenken. Von größter Bedeutung, auch für den Psychopathologen, erschienen mir aber die Forschungsergebnisse der *Külpe*schen Schule. Von jeher schon wollte mir die Betrachtung der Willens- und Denkvorgänge als in sensuelle und emotionale Vorgänge restlos aufgehender Vorgänge, wie sie von den meisten Psychopathologen geübt wird, nicht recht eingehen. Die Betonung der Eigenart und Selbständigkeit der Willensvorgänge gegenüber den emotionalen, namentlich durch *Ach* (Über die Willenstätigkeit und das Denken, Göttingen 1905), die Darstellung des Denkens als einer selbständigen Funktion von unanschaulicher Natur, namentlich durch *K. Bühler*, (Tatsachen und Probleme zu einer Psychologie der Denkvorgänge, Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XII), sagte mir dagegen durchaus zu. Auch die denkpsychologischen Arbeiten von *Marbe*, *Külpe*, *Messer*, *H. Maier* u. a. bestärkten mich in meiner Auffassung. Bei vielen anderen Psychologen habe ich noch in dieser oder jener Frage Rats gesucht und eklektisch von ihnen angenommen und in meine Auffassung verarbeitet, was mir an ihren Lehren als brauchbar erschien. *Husserls* „Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie" (Jahrb. f. Philos. u. phänomenol. Forschung, Bd. I, Halle 1913) schienen mir und scheinen mir immer noch mehr das eingehende Studium der Psychopathologen zu verdienen. So bin ich durch Verwertung des Niederschlages aus den Arbeiten Vieler und aus eigener Erfahrung allmählich zu einer Psycho-



logie gekommen [1]), die mich, wie ich annehmen zu dürfen glaube, befähigt und berechtigt, in einzelnen psychopathologischen Fragen mitzusprechen. Aber daß ich von ihr vollbefriedigt sei, kann ich nicht behaupten. Immer stoße ich noch auf Lücken und immer bin ich bestrebt und werde ich bestrebt sein, meine Auffassung zu modifizieren, auch wenn ich selbst ein Hauptstück meines bisher für gesichert gehaltenen psychologischen Besitzstandes aufgeben müßte, — wenn ich nur durch die Modifikation eine Ausfüllung jener Lücken erreichen kann, ohne andere damit zu schaffen. Ob es mir je gelingen wird, zu einer Psychologie zu kommen, die mir jegliche unerwartete Lücke erspart? Ich wage nicht, daran zu denken.

*Bleuler*s Psychologie hat ihm in 40 Jahren auch „keinen Widerspruch ergeben". Dies ist ihm ohne weiteres zu glauben, — spricht aber noch lange nicht, wie *Bleuler* meint, so eindeutig für den Wert dieser Psychologie [2]). *Bleuler*s Psychologie deckt sich im wesentlichen mit vielfältig erprobten Auffassungen; von vornherein spricht also viel dafür, daß sie als in hohem Maße brauchbar gelten könne. Aber der Schöpfer einer Psychologie ist, wie der eines Instrumentes oder eines Verfahrens, kaum in der Lage ein durchaus richtiges, unvoreingenommenes Urteil über deren Wert abzugeben. Daß sie ihm „keinen Widerspruch ergibt", ist leicht einzusehen; denn erstens sieht er nur solche „psychologische Dinge", die sich in seine Psychologie einfügen lassen, oder erkennt an den Problemen doch nur die Seiten als wesentlich, die kein Hindernis für diese Einfügung zu bilden geeignet sind, zweitens findet er, wo sich dennoch etwas ergibt, was der objektive Beurteiler für einen Widerspruch halten müßte, nichts als eine Schwierigkeit, die aber seiner Meinung nach eben doch zu beheben ist. Durch jahrelangen Gebrauch der eigenen Psychologie ausgebildete Denkgewohnheiten tragen dazu das ihrige bei. — Am allerwenigsten erstaunlich aber ist m. E., daß, wie *Bleuler* sagt, seine Auffassung ihm „erlaubt hat, von Anfang an die Tiefenpsychologie so zu verstehen, daß er in fast zwei Jahrzehnten nichts von dem Angenommenen zu verwerfen und nichts von dem Abgelehnten aufzunehmen habe". Seine Psychologie ist im wesentlichen eine Psychologie des „automatisme mental", mit dem sich die Tiefenpsychologie bei richtiger Begrenzung deckt, und was an seiner Psychologie auszusetzen ist, betrifft erst das Hauptmoment des Unterschiedes zwischen jenem und dem „psychisme supérieur", betrifft erst das Hauptmoment, durch welches sich der „obere Gedankenlauf" vor dem „unteren Gedankenlaufe" auszeichnet.

[1]) Vielleicht wird einen oder den anderen jungen Psychiater diese Skizze eines psychologischen Werdeganges interessieren. Die in den Lehrbüchern der Psychiatrie gelegentlich zum Studium empfohlenen psychologischen Werke stellen in der Regel, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann, nicht gerade die beste und zweckdienlichste Auswahl dar.

[2]) An der von mir angenommenen Psychologie — *Bleuler* nennt sie „Intentionspsychologie" — setzt *Bleuler* aus, was er an der seinigen rühmt. Er erklärt (S. 147), „er könnte sich anheischig machen", mit ihr „noch viel mehr zu erklären als *Berze*". Dies will ich auch von ihr hoffen; es muß alles mit ihr erklärbar sein, das auf Aktivität beruht, und insoweit es auf ihr beruht. Sonst müßte ich sie verwerfen.



Welcher Art ist nun *Bleulers* Psychologie? Ich habe sie immer für eine Art Assoziationspsychologie, ausgezeichnet durch reichliche Verwendung eines eigenartigen Affektivitäts-Begriffes, gehalten.

Bleuler weist meine Annahme, er sei ein Assoziationspsychologe, mit leidenschaftlicher Entrüstung zurück, einer Entrüstung, die allerdings begreiflich wird, wenn man weiter liest, daß *Bleuler* die Assoziationspsychologie — ich habe von ihr in der Schrift „Die Schizophrenie ..." gesagt, daß sie „das Denken wie alle ‚höheren' geistigen Vorgänge überhaupt einzig und all in auf Assoziationen zurückführt und die psychische Aktivität im Sinne der aktionspsychologischen Richtung in Abrede stellt" — für eine „Dummheit", die sensualistische Assoziationspsychologie — sie führt nach meiner Darstellung, die in keiner Hinsicht von der gebräuchlichen abweicht, „alles Psychische auf die Empfindungen und nur auf sie zurück und läßt auch für die Ideen keine Ausnahme gelten" [1]) — sogar für eine „kapitale Dummheit" hält. Ich kann dieses bittere Urteil über Assoziationismus [2]) und Sensualismus [3]) nicht für richtig halten und daher auch in der Zumutung des Assoziationismus, und auch des sensualistischen, nicht etwa eine persönliche Beleidigung eines Autors erblicken.

Bleuler will, wie gesagt, kein Assoziationspsychologe sein; er sagt, er „setze voraus", keiner zu sein. „Beweis nebst vielen anderen seine Arbeit über Affektivität" (Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Marhold. Halle a. S. 1906).

Ein Kriterium für die Assoziationspsychologie ist die assoziative Auffassung der Aufmerksamkeit. In der eben erwähnten Schrift entwickelt *Bleuler* u. a. seine Auffassung der Aufmerksamkeit und erklärt von ihr selbst ausdrücklich, sie sei eine „assoziative Auffassung". Sie ist es auch in der Tat: „Die Aufmerksamkeit ist eine Seite der Affektivität, die dabei ... gewisse Assoziationen bahnt, andere hemmt". Ebenso heißt es in seinem „Lehrbuch der Psychiatrie" (Springer Berlin 1916): „In der Aufmerksamkeit hemmt und bahnt ... das Interesse genau wie sonst die Affekte die Assoziationen." Und weiter erklärt er, die „Assoziationsbereitschaft" als einen „der Aufmerksamkeit ganz analogen Vorgang".

Bleuler wird doch wohl nicht glauben, daß er sich durch die Anerkennung der Affektivität allein schon von den Assoziationspsychologen abhebe, Die Affektivität, bzw. was *Bleuler* so nennt, haben selbstverständlich auch die Assoziationspsychologen aller Richtungen nicht übersehen. Und wie auch der sensualistische Assoziationspsychologe, also ein Anhänger der Psychologie, die, wie ich sagte, alles Psychische auf die Empfindungen und nur auf sie zurückführt, die Affektivität einzuführen vermag, kann

[1]) In dem Satze, den *Bleuler* herausgreift, steht allerdings als Subjekt: Assoziationismus; aus dem Zusammenhang ist aber zu ersehen, daß nur der sensualistische Assoziationismus gemeint sein kann.

[2]) Vertreter: *Hartley*, *J. Mill*, *J. St. Mill*, *Bain*, *Spencer*, *Lewes*, *Ribot*, *Ziehen*, *Wahle* u. a.

[3]) Vertreter: *Aristipp*, *Epikur*, *Origines*, *Campanella*, *Hobbes*, *Montaigne*, *Peter Browne*, *Hume*, *Condillac*, *E. Mach*, *Wahle* u. a.



Bleuler u. a. aus dem „Leitfaden der physiologischen Psychologie“ von *Ziehen* ersehen, in dem (7. Aufl., S. 33) zu lesen ist, daß bei jeder Empfindung außer der Qualität und Intensität noch der Gefühlston zu unterscheiden ist, der Gefühlston, aus dem sich in nächster und weiterer Folge alles ableiten läßt, was *Bleuler* seiner Affektivität zuschreibt.

Die Affektivität im Sinne *Bleulers* ist ein höchst weiter Begriff, ein gar viel umfassender Begriff. Und wenn *Bleuler* „voraussetzt“, kein Assoziationspsychologe zu sein, so ist diese Selbsttäuschung wohl vor allem darin begründet, daß es ihm die Affektivität, wie er sie meint, dank dieser weiten Fassung ermöglicht, über alle die Hindernisse, die aus seiner durchaus assoziationistisch angelegten Psychologie resultieren müssen, in einer ihn befriedigenden Weise so spielend hinwegzukommen, daß er sie selbst zumeist gar nicht merkt. Es mutet, wenn man überblickt, was *Bleulers* Affektivität alles ist und kann, recht merkwürdig an, wenn er die „psychische Aktivität oder Intention“ als einen „allmächtigen Deus ex machina“ (S. 147) diskreditieren will.

In *Bleulers* Affektivität geht nicht nur alles Emotionale auf, was ja ohne weiteres gerechtfertigt ist, sondern auch alles Volitionale im weitesten Sinne, alles, was Streben ist, bzw. enthält. All dies bildet nach *Bleuler* entweder schon einen Teil des Bestandes der Affektivität selbst oder ist nach ihm als „Wirkung“ der Affektivität anzusehen. Am schärfsten formuliert ist diese Ansicht in *Bleulers* „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“, wo es heißt: „Ich möchte am liebsten sagen: die Affektivität ist der weitere Begriff, von dem das Wollen und Streben nur eine Seite bedeutet.“

Wenn sich *Bleuler* die Mühe nehmen will, in *Ziehens* „Leitfaden“ die Kapitel über Aufmerksamkeit und „willkürliches Denken“ (S. 205 ff.) und über das Begehren und den Willen (S. 256 ff.) nachzulesen, so wird er ersehen, daß *Ziehen* den „Gefühlston“ prinzipiell genau so ausstattet und verwertet, wie er die Affektivität. Das Wesentliche am Begehren ist nach *Ziehen* der „stark gewachsene positive Gefühlston“ der betreffenden Vorstellung, in dem gewählten Beispiele der „Bewegungsvorstellung“. „Die letzte Stufe endlich ist das: ‚Ich will auf jenen Berg steigen.‘ Die Bewegungsvorstellung ist außerordentlich intensiv geworden, der positive Gefühlston hat seine volle Höhe erreicht, und vor allem überwiegen die fördernden Vorstellungen über die hemmenden.“ Die Analyse ergibt „keinen Anlaß zur Annahme eines besonderen Willensvermögens.“

Diese Übereinstimmung *Bleulers* mit einem der ausgesprochensten Vertreter der (sensualistischen) Assoziationspsychologie in der Auffassung des Willens (im weiteren Sinne) bewiese, für sich allein, selbstverständlich noch nicht, daß *Bleuler* ein Assoziationspsychologe ist; denn heterogenetische Willenstheorien, so auch die, nach der der Wille nur aus Gefühlen und ihren Wirkungen bestehen soll, haben auch im Rahmen anderer psychologischer Systeme Platz. Aber das eine zeigt sie sicher, daß *Bleulers* „Affektivität“ und alles, was nach ihm mit ihr zusammenhängt, nicht — wie *Bleuler* meint — beweisen kann, daß er kein Assoziationspsychologe sei.

Bleuler schreibt nun aber weiter: „Aber in der ganzen Arbeit *Berzes*



sieht es so aus, wie wenn ich von psychischer Energie oder Aktivität überhaupt nichts wissen wollte, und das ist unrichtig. Denn wie jeder nicht Stockblinde kenne ich eine psychische Aktivität und Energie, die an den psychischen Funktionen ganz wesentlichen Anteil hat und mit den Assoziationen so wenig zu tun hat, als es eben einer psychischen Funktion möglich ist."

Woran soll ich mich nun da halten? Ist die Fassung: psychische Energie oder Aktivität, wie es im ersten Satze heißt, die richtige und maßgebende, oder die Fassung: psychische Aktivität und Energie, wie es im zweiten Satze heißt?

Für mich unterliegt es keinem Zweifel, daß psychische Aktivität und psychische Energie zwei toto coelo verschiedene Begriffe sind. Und ich nehme an, daß sich *Bleuler*, wenn er sich den Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen genügend klar gemacht hätte, viele von den Kraftausdrücken erspart hätte, an denen diese seine Schrift so reich ist — wohl als neuer Beleg für *Bleulers* Lehre, daß „die Affektivität viel mehr als die Überlegung das treibende Element bei allen unseren Handlungen und Unterlassungen ist" („Affektivität", S. 17)!

Bleulers Behauptung, in meiner ganzen Arbeit sehe es so aus, wie wenn er von psychischer Energie „nichts wissen wollte", weise ich, falls damit gesagt oder auch nur angedeutet sein sollte, daß ich irgendwo etwas ausgeführt habe, das objektiv für diese Behauptung spreche, als eine nicht gerechtfertigte Supposition entschiedenst zurück. Handelt es sich aber bloß um einen subjektiven Eindruck *Bleulers*, so kann ich die Fassung, die ihm *Bleuler* gibt, und die Art, in der er diese verwendet, um mich ins Unrecht zu setzen, nur als einen Kunstgriff der eristischen Dialektik ansehen und ablehnen.

„Psychische (geistige) Energie ist die Wirkungsfähigkeit, Wirksamkeit von Bewußtseinsfaktoren, die Wertgröße eines psychischen Gebildes" (vgl. *Eisler*, Wörterbuch der philosophischen Begriffe, 1910; ich gebe absichtlich keine eigene Definition). Es gibt keine Psychologie ohne die Annahme psychischer Energie. Auch *Bleuler* muß somit die psychische Energie „kennen". Dies zu leugnen, wäre der horrendeste Unsinn, ein Unsinn, den mir *Bleuler*, zumal er mich immerhin zu den „Leuten mit Verstand und Verständnis" (S. 136) rechnet, doch nicht zumuten sollte.

Psychische Aktivität ist das im Bewußtsein hervortretende Moment der Tätigkeit. „Dem Bewußtsein kommt eine Aktivität zu, die es im Denken und Wollen betätigt, und die, als ‚Reaktivität', im niederen Grade schon dem Wahrnehmen und Empfinden zugrunde liegt. Der höchste Grad dieser Aktivität ist die Selbsttätigkeit, die Spontaneität..." (vgl. *Eisler*, ibd.). Die Tatsachen, die für die Annahme der psychischen Aktivität sprechen, kennt wieder jeder Psychologe, so auch *Bleuler*. Aber nicht für alle folgt aus diesen Tatsachen, daß die Aktivität als selbständiges Prinzip anzuerkennen sei. Eine große Gruppe von Psychologen negiert die Aktivität in diesem Sinne, leitet dagegen alles, was auf Aktivität weist, aus der Wirksamkeit des Bewußtseinsfaktors oder der Bewußtseinsfaktoren ab, den oder die sie eben anerkennt. Am häufigsten wird, wenn es auch an rein sensualistischen und intellektualistischen Ableitungen nicht fehlt, die Gesamtheit der emotionalen Bedingungen der Bildung der

Assoziationen an die Stelle der Aktivität gesetzt. So auch bei *Bleuler*: die Affektivität macht alles, was als Aktivität angesprochen werden könnte. Eine Psychologie, die nur die Assoziationen, bzw. das Assoziieren und, was ja selbstverständlich ist und daher nicht eigens gesagt zu werden braucht, Bedingungen des Assoziierens kennt, die Aktivität als eigenen wirksamen Faktor aber verwirft, verdient die Bezeichnung Assoziationspsychologie; *Bleuler* ist also ein Assoziationspsychologe.

Nun weiter! *Bleulers* Auffassung des Denkens ist streng assoziationspsychologischer Natur. Ich zitiere die Hauptsätze aus seinem „Lehrbuche": „Das logische Denken ist eine Wiederholung, eine Ekphorie von assoziativen Zusammenhängen, die man früher erlebt hat, oder von ähnlichen, resp. analogen Zusammenhängen [1]." „Das Schließen ist . . . wie das Denken überhaupt eine Wiederholung von gleichen oder analogen Zusammenhängen wie sie uns das Leben zeigt." „Das kausale Denken ist nur eine Analogie zu den Erfahrungen von regelmäßiger Folge zweier Ereignisse." „Das Urteilen besteht in einem Wiederholen von Zusammenhängen, die die Erfahrung gegeben hat." — „Mit der Zurückführung der einzelnen Denkvorgänge auf von außen gegebene Assoziationen ist natürlich das „Denken" nicht vollständig erklärt." Die Richtung des Denkens wird bestimmt durch „eine gewisse Konstellation" oder durch „das Denkziel". „Das Denkziel ist nichts Einfaches, sondern eine ganze Hierarchie von einander untergeordneten Zielvorstellungen." „Das Hauptziel des Denkens selbst ist in erster Linie abhängig von den Trieben, den Affekten. Aber auch im Detail sehen wir, daß affektive Bedürfnisse das Denken mitbestimmen, eventuell die Logik fälschen."

Ebenso steht es auch um *Bleulers* Auffassung der Intelligenz. „In den Assoziationsvorgängen, soweit sie sich auf Erfahrung gründen, stecken die Grundlagen der Intelligenz" (wohlgemerkt: die Grundlagen, d. h. also die Gesamtheit der Grundlagen). „Je mehr Assoziationsmöglichkeiten man besitzt, und je mehr Vorstellungen gleichzeitig die einzelne Assoziation determinieren, um so intelligenter ist ceteris paribus das Individuum. Aufgabe der Intelligenz ist es aber, nicht bei Gelegenheit früherer Erlebnisse einfach zu wiederholen, sondern nach richtig gewählten Analogien neu zu kombinieren. Es sind indes bei genauerem Zusehen die beiden Vorgänge nicht prinzipiell verschieden" (!). Weiter spricht *Bleuler* im Artikel über „die" Intelligenz (Lehrbuch S. 17) wohl von „logischer Kraft", von der „Aktivität des Wollens und Denkens in der Richtung des Beherrschens der Umstände", wie *Bleuler* überhaupt gerne Ausdrücke gebraucht, die in seine (Assoziations-)Psychologie im Grunde nicht recht passen, — aber man täusche sich nicht: was dahintersteckt, ist doch weiter nichts anderes als bestenfalls jene schleierhafte „Affektivität". Was soll man sich z. B. unter „logischer Kraft" vorstellen, wenn

[1]) In „Affektivität" ist zu lesen: „Die logischen Überlegungen erhalten ihre treibende Kraft erst durch die damit verbundenen Affekte" (S. 17). In der Polemik gegen mich erklärt *Bleuler*: „Die Logik hat direkt mit der Affektivität nichts zu tun; diese bestimmt im gewöhnlichen Denken u. a. allein oder mit anderen Faktoren das Hauptziel; wenn sie Einfluß auf die Logik hat, so ist es eine fälschende." — Ich habe mir große Mühe gegeben; trotzdem ist es mir nicht gelungen, beides zusammenzureimen.



das „logische Denken“ sonst nichts ist als eine „Wiederholung von assoziativen Zusammenhängen“ (vgl. oben)? Ist also die „logische Kraft“ etwa die Kraft, durch die oder in der diese „Wiederholung“ (immer nur Wiederholung, nicht auch Neubildung?) zustande kommt?

Ziehen untersucht, „ob auch unser Urteilen und Schließen, die beiden logischen Funktionen κατ᾽ ἐξοχήν, dem Schema der Ideenassoziation sich subsumieren lassen, oder ob wir in ihnen ganz neue heterogene Seelenvermögen zu erblicken haben“. Er findet, daß sich „das Urteilen als eine höhere Entwicklungstufe der gewöhnlichen Assoziation darstellt, nicht aber als etwas völlig Heterogenes“. „Die Assoziation des Urteils ist . . . eine sehr enge Gleichzeitigkeitsassoziation: unter allen möglichen Assoziationen ist ein Urteil gerade eine ausgewählte Assoziation, bei welcher kontradiktorische Vorstellungen nicht auftreten.“ „Das Urteil stellt die sukzessive, die zusammengesetzte Vorstellung die simultane Assoziation dar. Beide aber beruhen in letzter Linie auf dem Gesetz der Gleichzeitigkeitsassoziation.“ „Alles Schließen ist ebenso wie alles Urteilen lediglich Assoziation und das formale Schließen (das Schließen in den „Schlußformen der Schullogik“, wie es an anderer Stelle heißt) noch dazu eine Form der Assoziation, die psychologisch fast bedeutunglos ist.“ Von der vollständigen Lösung des Problems: Zurückführung der sämtlichen „zahlreichen verschiedenen Formen unseres Denkens bis hinauf zu dem kompliziertesten Beweis“ auf die einfache Ideenassoziation und ihre Gesetze „ist die physiologische Psychologie noch weit entfernt.“ Der Grundgedanke „wird jedenfalls bestehen bleiben“. Das Entscheidende in allen Denkvorgängen ist „lediglich die Deutlichkeit, der begleitende Gefühlston, die Konstellation und die assoziativen Beziehungen der Vorstellungen selbst“ (Leitfaden S. 197—204). Das „sogen. willkürliche Denken“ zeichnen nach *Ziehen* folgende drei Momente (sc. vor dem „unwillkürlichen Gedankenablauf“) aus: „erstens die Eigentümlichkeit, daß eine gesuchte Zielvorstellung schon implizite in den vorausgehenden Vorstellungsreihen enthalten war, zweitens ein Komplex begleitender Muskelspannungen resp. Bewegungsempfindungen, welche für die Aufmerksamkeit bezeichnend sind, und endlich drittens das Nebenhergehen der Ich-Vorstellung neben der Vorstellungsreihe.“ Diese Momente kommen aber „einzeln auch bei dem sog. nichtwillkürlichen Denken vor“. Das „willkürliche“ Denken „nimmt gar keine Sonderstellung ein“ (S. 214 ff.).

Ziehen ist vorsichtiger als *Bleuler*, hält nur den Grundgedanken für unerschütterlich, läßt aber die Möglichkeit von Modifikationen seiner Deduktionen offen, während für *Bleuler* alles bis ins einzelne klar liegt — schon seit 40 Jahren. *Ziehen* redet nicht immer erst vom „Gefühlston“, weil dieser schon von der Empfindung her wirksam ist und selbstverständlich bis zu den höchsten Denkprozessen hinauf in seinen verschiedenen Gestaltungen wirksam bleibt, während *Bleuler* seine „Affektivität“ immer wieder ausdrücklich betont. Aber wo liegt der wesentliche Unterschied zwischen *Bleulers* und *Ziehens* Auffassung, jener Unterschied, der klarlegt: *Ziehen* ist Assoziationspsychologe, *Bleuler* aber nicht?

All dies anzuführen, war nötig, weil *Bleuler* findet, daß ich ihn ohne weiteren Beweis zu „den Anhängern des reinsten Assoziationis-



mus“ zähle. Wenn *Bleuler* will, so lasse ich in Zukunft das Attribut „reinsten“ weg; aber ein Assoziationspsychologe bleibt er, wenigstens für mich, nach wie vor. Die psychische Aktivität als selbständiges Prinzip — und sie war, wie jeder Unvoreingenommene ohne weiteres erkennt, gemeint, wenn ich in meiner Schrift von „psychischer Aktivität im Sinne der aktionspsychologischen Richtung“ (S 123) oder „im eigentlichen Sinne“ (S. 128 u. 132) gesprochen habe — kennt bzw. anerkennt *Bleuler* nicht. Was aber *Bleuler* so beiläufig Aktivität nennt, das kennen alle die Assoziationspsychologen, über die ich orientiert bin, auch. —

Die Aktionspsychologie in ihren verschiedenen Varianten ist Psychologie. Nur psychologische Einwände sind daher geeignet, sie zu treffen.

Nun habe ich mich aber auch so weit verstiegen, eine psychophysische Theorie der Aktivität aufzustellen, so ähnlich wie *Münsterberg* (Grundzüge der Psychologie, Bd. I, Leipzig 1900) seine „Aktionstheorie“ aufgestellt hat — als Versuch, „im Rahmen konsequenter Psychophysik über die Assoziationstheorie hinauszugehen“. Diese psychophysische Aktionstheorie und die Aktionspsychologie sind selbstverständlich zwei verschiedene Dinge. Was gegen die erstere gesagt werden kann, trifft die letztere nicht. Da nun aber meine psychophysische Theorie, wie jede psychophysische Theorie, weit leichter bekämpft werden kann, macht *Bleuler* an mehreren Stellen seiner polemischen Schrift die Diversion von der Aktionspsychologie auf diese Theorie, wendet also wieder einen kritisch-dialektischen Kunstgriff an, der in einer wissenschaftlichen Diskussion zu vermeiden wäre.

So sagt *Bleuler* zu meiner Bemerkung, daß er die psychische Aktivität im eigentlichen Sinne in Abrede stelle: „Das mag sein, denn ich habe z. B. noch keine Beweise gefunden, daß alle psychische Energie der Rinde vom Stamme aus zufließe“ (S. 139). „Ich habe bis jetzt weder in der normalen, noch in der kranken Psyche, weder in der Physiologie noch der Pathologie des Gehirns eine Tatsache gefunden, die es auch nur wünschbar machen würde, eine solche (Theorie) zu erfinden“ (S. 150). Namentlich auf meine psychophysische Theorie der Aktivität bezieht sich auch *Bleulers* Bemerkung: „Der Hauptunterschied zwischen *Berze* und mir (*Bleuler*) ist der, daß . . . ich an vielen Orten, da, wo mir die Tatsachen zu Erklärungen noch nicht auszureichen scheinen, gar keine Vorstellungen mache, während *Berze* vieles weiß, was ich nicht weiß[1])“ (S. 162).

---

[1]) „Ein bischen Hohn regt“ nach *Bleuler* (Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, Berlin 1919, Springer) „die Sekretion der psychischen Verdauungssäfte an“ — auf dem Gebiete des „autistischen Denkens“. Ich kann nur hoffen, daß seine Diagnose nicht immer zutrifft; er ist damit recht freigebig.



Um die psychische Aktivität im eigentlichen Sinne anerkennen zu können, braucht *Bleuler* nicht auf Beweise zu warten, „daß alle psychische Energie der Rinde vom Stamme aus zufließe [1])“, bzw. auf Beweise dafür, daß — wie *Bleuler* sagen müßte, wenn er meine Theorie richtig erfaßt hätte — die psychische Energie vom Stamme aus aktiviert werde.

Auch ich habe diese Theorie nicht gebraucht, um den Weg zur Anerkennung der Aktivität im Sinne der Aktionspsychologie zu finden. Rein psychologische und pathopsychologische Erwägungen haben mich vielmehr dabei geleitet. Eine Etappe war gegeben durch die übernommene Auffassung des Willensfaktors (im weitesten Sinne) als primäre, spezifische, nicht aus anderen psychischen Faktoren abgeleitete, „psychische Tatsache“. Die Auffassung des Willens als aus Gefühlen und ihren Wirkungen (z. B. *Bleulers* Affektivität) bestehenden Erscheinung wird nach meiner Meinung durch die Ergebnisse der Selbstbeobachtung widerlegt. Strebungen aller Art, in den verschiedensten Gestaltungen, können im Bewußtsein wirksam werden ohne jedes vorausgehende oder auch begleitende „Gefühl“. Das Streben aber eo ipso schon zur „Affektivität“ o. dgl. zu rechnen, halte ich für eine petitio principii; und den Weg ins „Unbewußte“, die Zurückführung des im Bewußtsein wirksamen Strebens auf ein im Unbewußten wirksames, aber für sich nicht ins Bewußtsein tretendes Gefühl mache ich nicht mit (vgl. u. a. meine Arbeit: Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität usw. S. 342 ff.). Sicher steht, daß das von der Affekttheorie des Willens betonte Verhältnis zwischen Gefühl und Streben nicht das einzige in Erscheinung tretende ist. Recht gewöhnlich sehe ich wirksamen Strebungen gegenüber sekundäre Gefühle; gefördertes Streben erregt Lust, gehemmtes, behindertes Streben Unlust. Biologische

[1]) Einen solchen Unsinn habe ich niemals behauptet! Sollte psychische Energie der Rinde vom Stamme aus zufließen können, müßte sie, die psychische Energie, zuvörderst im Stamme vorhanden sein. Dies anzunehmen, ist mir nie eingefallen, gerade so wie es mir nie einfiele, etwa anzunehmen, dem Muskel fließe durch den motorischen Nerven irgendwo im Zentralnervensystem aufgestapelte Muskel-Energie (Kontraktionsenergie) zu. Aber wie dem Muskel auf diesem Wege ein Dynamisches zufließt, das seine Eigenenergie aktiviert, in Funktion treten läßt, so fließt nach meiner Theorie (*Bleuler* sei überzeugt, daß ich mir dessen vollbewußt bin, daß es sich nur um eine Theorie und nicht um ein Wissen, um sichere Erkenntnis, handelt!) der Rinde vom Stamme aus ein Dynamisches zu, daß ihre Eigenenergie aktiviert, die sie als psychische Energie entfaltet. — Mit diesem der Rinde vom Stamme her zufließenden Etwas sind nicht die „Sinneserregungen“ gemeint — sie bewirken an sich im Kortex nichts Psychisches, sondern nur Impressionen, apsychische Eindrücke —, sondern „motorische Erregungen“, aus der Umsetzung des Sensorischen in Motorisches (im Stamme) hervorgegangen, motorische Erregungen, die bewirken, daß die Ergebnisse der sich in der Rinde entfaltenden psychischen Energie den Charakter der Aktivität haben. Inhaltlich entsprechen diesen motorischen Erregungen nämlich somatische, „ursprünglich-organische“, Triebregungen, die, auf die Rinde sozusagen projiziert, die Aktivität begründen.



Erwägungen bestärken mich in meiner Auffassung, daß dieses das Grundverhältnis sei zwischen Streben und Fühlen. Primitives (apsychisches) Streben sehe ich überall in der organischen Natur, von den niedrigsten Lebewesen angefangen, — erkennbar in der Entfaltung einer der Lebenserhaltung dienlichen körperlichen Aktivität, resp. Reaktivität. Einen sicheren Grund, anzunehmen, daß hinter dieser Aktivitätsentfaltung Affektivität im wahren Sinne stecke, sehe ich nicht. *Bleuler* sieht allerdings einen solchen Grund: Im Momente, da sich der Amöbe ein Körnchen Nahrungsstoff bietet, sendet sie erstens ein Pseudopodium aus, umfaßt die Beute usw. — lokalisierter, „objektiver", „intellektueller" Vorgang; zugleich „muß aber auch die ganze Amöbe in ihrem Ernährungstonus und in ihrem ganzen Verhalten verändert worden sein" — Allgemeinwirkung („verallgemeinerte Reaktion"); „diese allgemeinen Wirkungen können wir dem Affekt zur Seite stellen". Genau betrachtet stellt sich mir diese „verallgemeinerte Reaktion" aber als eine einfache Konsequenz der Tatsache dar, daß die Amöbe keine differenzierten Organe hat und daher „die ganze Amöbe" zur Zeit der Nahrungsaufnahme und der Verdauung diesem Zwecke dienen muß; alles andere ist Spekulation. In beiden Vorgängen, im lokalisierten Vorgange sowohl wie in den Allgemeinvorgängen, die *Bleuler* dem Affekte „zur Seite stellen" will, sehe ich Tätigkeit, Aktivität, des Amöbenorganismus, Aktivität, die im speziellen Falle ausgelöst wird durch das Gewahrwerden der Beute zur Zeit der Nahrungsbedürftigkeit der Amöbe. Und selbst wenn ich über das logisch Bedenkliche des Schlusses *Bleuler*s, daß darum, weil „dem Affekte beim Menschen eine Menge körperlicher Erscheinungen (sc. von „allgemeinem Charakter". Ref.) entsprechen", jede „verallgemeinerte Reaktion", also auch jene Allgemeinreaktion der Amöbe, dem Affekte „zur Seite gestellt" werden könne, hinwegkäme, könnte ich aus dem Falle nichts entnehmen, was auf ein Abhängigkeitsverhältnis des „isolierten" Vorganges (der Strebung) von der „verallgemeinerten Reaktion" (dem Affekte) wiese. Dagegen wäre, wie ich finde, nichts dagegen einzuwenden, wenn ich sagte, daß hinter dem „lokalisierten" und hinter dem „verallgemeinerten" Vorgange ein und derselbe treibende Faktor stecke. Dann ist aber auch nicht, wie *Bleuler* will, die Affektivität der weitere Begriff, von dem das Wollen und Streben nur eine Seite bedeutet", sondern Wirken des Triebes (des „unbewußten" Willens) der weitere Begriff, von dem der „intellektuelle" Vorgang und die verallgemeinerte Reaktion, die als dem Affekte vergleichbar angenommen wird, nur eine Seite bedeutet. — Damit stimmte, um nach dieser Abschweifung zum Ausgangspunkte zurückzukehren, auch meine psychologische Auffassung überein. Unser Geist, dieses subtilste Werkzeug der ursprünglichen Triebe, vor allem des Selbsterhaltungstriebes, erhält seinen Antrieb und zunächst auch die Richtungsbestimmung seiner Tätigkeit einzig und allein aus den primitiven Trieben[1]), aus dem an sich noch „blinden" Willen des Gesamtorganismus. Wille, Trieb, Streben ist also der „Grundfaktor des psychischen Geschehens", das „dynamische Agens des Seelenlebens". Mit anderen Worten: Das ganze psychische Leben ist Wirken des Willens. Alles Psychische ist somit

[1]) Trieb als rein somatisches (somatisch-motorisches) Agens gedacht!



aktiver Natur; ein passives Psychisches gibt es nicht. Mit *Fries* nehme ich an, daß die sogen. Passivität nur die Nötigung ist, die Tätigkeit auf bestimmte Weise zu vollziehen (Neue Krit. I, 75). Passivität ist, wie ich meine, Aktivität in der Erscheinungsform: Reaktivität. Das ganze Psychische läßt sich also auflösen in (psychische) Akte, d. h. in Tätigkeiten (des als agierend gedachten Ich, dessen „Kern und Träger" der Wille [1]) ist). So führte mich mein Weg über eine volitionistische Auffassung des psychischen Geschehens zur Aktionspsychologie [2]).

Die Anerkennung der psychischen Aktivität in dem von mir gemeinten Sinne ist also unabhängig von jeglicher somatologischer Rücksicht. *Bleuler* kann sie daher auch nicht bekämpfen, indem er meine Theorie der Beziehung gewisser Teile des Hirnstammes zum psychozerebralen Apparat angreift, die sich nebenbei bemerkt in ihren Umrissen wohl beiläufig mit der *Reichardt*s deckt, sich von ihr aber doch wieder in einigen nicht unwesentlichen Punkten unterscheidet, die *Bleuler* offenbar übersehen hat. Merkwürdigerweise macht übrigens *Bleuler* „keinen Anspruch darauf", diese Theorie „im Sinne ihrer Urheber gut zusammenzufassen" (S. 150); man sollte annehmen, daß der Kritiker sich dessen bewußt sein sollte, daß der, an dem er Kritik übt, darauf „Anspruch zu machen" ein Recht hätte.

Sieht man nach, warum eigentlich von den Anhängern der Assoziationspsychologie die Aktivität im Sinne der Aktionspsychologie geleugnet wird, so findet man den Hauptton fast immer auf denselben Grund gelegt. *Bleuler* kleidet ihn in die Worte: „Es muß unnütz und schädlich erscheinen, solange kein Grund dazu gefunden ist, neue Entia in die Überlegungen einzuführen." Unter „neue Entia" ist die Aktivität gemeint; die alten Entia, mit denen sich angeblich das logische Denken, die Begriffsbildung, die Ab-

[1]) Vgl. *Schopenhauer*.

[2]) Es mag sein, daß aus diesem Grunde meine Aktionspsychologie volitionistisch oder voluntaristisch gefärbt ist. *Kronfeld* (Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis, S. 174, Berlin 1920, Springer) hat gewiß recht, wenn er sagt, daß ich den Intentionalitätsbegriff, den ich in der *Brentano*schen Schule vorgefunden habe, „viel zu äußerlich voluntaristisch" nehme. *Kronfeld* übersieht nur, daß es mir gar nicht darum zu tun war, ihn genau so zu nehmen, wie ich ihn vorgefunden habe. Die Hauptsache ist für mich, daß es ohne intentionalen Akt nichts Psychisches gibt; und gerade in diesem Punkte befinde ich mich mit *Husserl* in Übereinstimmung, da, wie *Kronfeld* anführt, nach *Husserl*s Ausführungen (Ideen zu einer reinen Phänomenologie S. 174 ff.) die Intentionen die eigentlich „psychische Seite der Erlebnisse" sind. Im übrigen behalte ich mir vor, auf *Kronfeld*s Kritik meiner Auffassung der Intentionalität bei anderer Gelegenheit ausführlicher zurückzukommen.

straktion, die Kausalität usw. „rest- und zwanglos“ erklären läßt, sind die „Erfahrungsassoziationen“.

Ob „kein Grund dazu zu finden ist“, die Aktivität in die „Überlegungen einzuführen“, das ist eben die Frage. Die Assoziationspsychologen und so auch *Bleuler* finden keinen Grund, die Aktionspsychologen dagegen ja. Und ebenso ist es eben die Frage, ob sich aus den Erfahrungsassoziationen wirklich alles Denken usw. „rest- und zwanglos“ erklären läßt. Die Assoziationspsychologen sagen ja, die Aktionspsychologen nein. Ich glaube weder, daß *Bleuler* imstande sein wird, die Aktionspsychologen zu überzeugen, noch daß es mir gelingen wird, die Assoziationspsychologen auf meine Seite zu bringen, und nehme an, daß es auch nach uns (*Bleuler* und mir) sowohl Assoziations- als auch Aktionspsychologen geben wird. Was ich noch zum Gegenstand sagen will, hat also auch nicht den Zweck, *Bleuler* zu überzeugen, sondern zu begründen, warum ich nicht seiner Meinung sein kann.

Bleuler erklärt (S. 141), daß man „z. B. bei Untersuchungen des logischen Denkens dazu kommt, nichts anderes zu finden als Reproduktion von Erfahrungsassoziationen“. Ich weiß nicht, was *Bleuler* da für „Untersuchungen“ meint; sollte es sich nicht um Untersuchungen von Ergebnissen des Denkens handeln, in denen *Bleuler* eben nichts anderes als Reproduktion von Erfahrungsassoziationen erkennt? Die experimentelle Selbstbeobachtung [1]) lehrt mich etwas anderes: Ich finde zunächst eine (Denk-)Aufgabe, dann das Streben, diese Aufgabe zu lösen, diese determinierende Tendenz hält während des ganzen Vorganges, mehr oder weniger deutlich bewußt, an, ich finde dann von einem mehr oder weniger deutlichen Aktivitätsgefühle begleitete, als Tätigkeiten erkennbare [2])

---

[1]) Ich glaube nicht, daß es andere Methoden der Untersuchung des (logischen) Denkens gibt, als die der Selbstbeobachtung und die „Ausfragemethode“, die auf die Verwendung des „fremden Psychischen“, der Selbstbeobachtungsergebnisse anderer, ausgeht.

[2]) Selbstverständlich weiß ich, daß die Ansicht, das Aktivitätsgefühl lasse den aktiven Charakter des Denkens erkennen, nicht von allen Psychologen geteilt wird. *Ziehen* z. B. leitet das „eigentümliche Gefühl der Aktivität“ von Bewegungsempfindungen ab, die bei der Aufmerksamkeit, beim „willkürlichen“ Denken usw. zustande kommen, negiert damit die Bedeutung des Aktivitätsgefühles als Anzeichen der psychischen Aktivität. Andere Psychologen finden aber, daß das Aktivitätsgefühl doch etwas anderes sei, oder daß zumindest in ihm doch noch etwas anderes stecke als die von *Ziehen* u. a. betonten Bewegungsempfindungen (aus Einstellungs-, Anpassungs-, Mitbewegungen usw.), nämlich eben das „Gefühl“ der psychischen Aktivität. Der Widerspruch in der Deutung des Aktivitäts-, des Tätigkeitsgefühles, schließt sozusagen schon den ganzen Widerspruch zwischen Assoziations- und Aktionspsychologie in sich.

Vollzüge (Zerlegung, Verbindung, Vergleichung, Beziehung, Auswahl usw. des von mir als zur Lösung der Aufgabe dienlich erachteten disponiblen Materiales), schließlich ein mich mehr oder weniger befriedigendes Ergebnis.

Und auf all das soll die Formel: Reproduktion von Erfahrungsassoziationen passen?

Bleuler „findet“ nur „Reproduktion von Erfahrungsassoziationen“. Aber *Bleuler* „erklärt“ auch, und kommt zum Ergebnisse, daß sich aus den reproduzierten Erfahrungsassoziationen „alle unsere Logik, die Begriffsbildung, die Abstraktion, die Kausalität und was weiter noch zum Denken gehört, rest- und zwanglos erklären läßt“. Daraus aber ergibt sich nach *Bleuler* „von selbst die positive Vorstellung, daß unser ganzes logisches Denken eben nichts als Kombination der erworbenen Vorstellungen nach Analogie der Erfahrung sei.“

Daß sich alles, „was zum Denken gehört“, „rest- und zwanglos“ aus Assoziationen erklären lasse — nebenbei bemerkt: *Bleuler* will aber kein Assoziationspsychologe sein! —, ist wieder eine rein subjektive Ansicht *Bleuler*s. Daß sich daraus, daß sich diese Erklärung geben lasse, die von *Bleuler* angeführte „positive Vorstellung“ ergebe, ist nicht richtig; aus der Möglichkeit einer bestimmten Erklärung ergibt sich immer nur die Zulässigkeit einer Annahme, aber keineswegs die Berechtigung einer „positiven Vorstellung“ (freilich kann ich nicht genau wissen, was für einen Sinn *Bleuler* mit diesem ungewöhnlichen Ausdrucke verbindet). Was aber diese „positive Vorstellung“ selbst betrifft, ist zu sagen, daß sie in der Fassung, die ihr *Bleuler* gibt, erstens gar nicht der Begründung durch *Bleuler*s spezielle „Erkärung“ bedarf, zweitens nicht nur von dieser, sondern auch von jeder anderen Art, Logik, Begriffsbildung usw. zu „erklären“, durchaus unabhängig ist und namentlich drittens nichts enthält, was als Argument für oder gegen die eine oder die andere der in Betracht kommenden psychologischen Auffassungen gelten könnte. Daß „unser ganzes logisches Denken eben nichts als Kombination der erworbenen Vorstellungen nach Analogie der Erfahrung sei“, könnte ich als Aktionspsychologe genau so annehmen wie *Bleuler* als Assoziationspsychologe [1]). Erst der Nachsatz, daß es „unnütz und schädlich erscheinen“ müsse, neue Entia in die Überlegungen einzuführen“, weil „kein besonderer Grund dazu gefunden“ sei, ist wieder *Bleuler*s eigenste Sache.

Ist es denn so sicher, daß die Assoziationen („Erfahrungsassoziationen“) und das, was die Aktionspsycholgie „in die Überlegungen einführen“ will, d. i. die Aktivität und ihre verschiedenen Erscheinungsformen, überhaupt kommensurable Dinge seien, so daß diese jenen als „neue Entia“ gegenübergestellt werden können? „Assoziation“ ist zunächst bloß eine Bezeichnung für die Tatsache, daß bestimmte Bewußtseinsinhalte andere bestimmte Bewußtseinsinhalte mit sich oder nach sich

[1]) Die Differenz ergibt sich erst bei der Beantwortung der Fragen: 1. wie kommen die Erfahrungsassoziationen zustande, 2. wie bzw. wodurch wird jene „Kombination der erworbenen Vorstellungen nach Analogie der Erfahrung“ zustandegebracht?



ziehen [1]). Aus dieser Tatsache wird auf Verknüpftsein (Assoziation) dieser Bewußtseinsinhalte geschlossen. Die Herstellung der Verknüpfung denkt man sich durch einen Assoziationsvorgang bewirkt. Über diesen Vorgang selbst kann niemand etwas aussagen. Das Verknüpftsein, die Assoziation im gewöhnlichen Sinne, ist kein Ens, kein Gegenstand der (inneren) Wahrnehmung, sondern nur eine Hypothese, also „eine Vorstellung, verbunden mit einem Glauben von einem gewissen Wahrheitsgrade, daß das Vorgestellte auch wirklich sei" (*Stöhr*). Wir glauben, daß jenes Miteinander oder Nacheinander von Bewußtseinsinhalten auf Assoziationen zurückzuführen sei, aber wir wissen es nicht. Es könnte auch ganz anders sein; es wäre z. B. möglich, daß diese Tatsache nur auf die Wiederkehr einer „inneren Situation" oder bloß bestimmter Komponenten der inneren Situation, die früher einmal oder zu wiederholten Malen die Vorstellung a mit der Vorstellung b oder b nach a hat entstehen lassen, zurückzuführen ist, — und uns ein Assoziiertsein durch sie nur vorgetäuscht wird [2]). Und wenn die Assoziation an sich hypothetisch ist,

---

[1]) *Kant*: „Das Gesetz der Assoziation ist: Empirische Vorstellungen, die einander oft folgten, bewirken eine Angewohnheit im Gemüte, wenn die eine erzeugt wird, die andere auch entstehen zu lassen" (Anthropologie I § 29).

[2]) Das „Assoziationsexperiment" u. dgl. spricht scheinbar gegen eine solche Annahme — aber eben nur scheinbar. Wenn wir auf irgendeinem Wege eine Vorstellung wachrufen, so geschieht dies nie ohne die Nebenwirkung, daß ganze Situationen reproduziert oder wenigstens der Reproduktion nahegebracht werden, in welchen außer dem Materiale für die betreffende Vorstellung, auf welche es gerade abgesehen ist, auch das für ungezählte andere Vorstellungen enthalten ist. Wenn ich sagte: Nebenwirkung, so kann diese Bezeichnung nur in Hinblick auf den sozusagen beabsichtigten Effekt berechtigt sein; tatsächlich ist jene „Neben"-Wirkung die allernächste. Daß wir die reproduzierte Gesamtsituation unter normalen Umständen in der Regel übersehen bzw. nicht bemerken, liegt daran, daß der Akt, welcher die einzelne Vorstellung aus ihr heraushebt (gerade so wie der Wahrnehmungsakt die einzelne Wahrnehmung aus dem jeweiligen Empfindungskontinuum heraushebt), prompt einsetzt und exakt vor sich geht. Wo dies nicht der Fall ist, wie so gewöhnlich bei der Schizophrenie — infolge der von mir als Teilerscheinung der Aktivitätsschwäche angesehenen Insuffizienz des Vorstellungsaktes! —, sehen wir denn auch, daß die reproduzierte Gesamtsituation eine störende Wirkung entfaltet, indem das in ihr gegebene Material bei der mangelhaften Konzentration auf die gerade in Betracht kommende Vorstellung andere Vorstellungen mit entstehen läßt, die mit dem gerade vor sich gehenden Denken nichts zu tun haben, es erschweren, verfälschen, auf Abwege bringen usw. — Zwei Vorstellungen sind „assoziiert", heißt also offenbar nichts anderes als: die beiden Vorstellungen sind in einer oder mehreren reproduzierbaren Gesamtsituationen enthalten, so daß sie im Falle der Reproduktion dieser Situationen, die durch Anregung irgendeines ihrer Bestandteile bewirkt werden kann, aus ihnen herausgeholt werden können. — In einem Briefe an mich (13. XII. 1919)

ist es selbstverständlich auch der Assoziationsvorgang, der Vorgang, aus dem sich die (hypothetische) Assoziation ergeben soll. — Dagegen sind die psychischen Akte Entia im wahren Sinne. *Kronfeld*, dessen bereits zitiertes systematisches Werk (Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis) eine wahre Fundgrube für den dem Problem der Erkenntnis in der Psychologie und Psychiatrie nachgehenden Forscher ist und ein standard work, an dem kein Psychiater vorübergehen sollte, zu werden verspricht, schreibt zu diesem Gegenstande u. a.: „Alle Festsetzungen über die Natur und die Komponenten der Aktvollzüge sind sicherlich unmittelbar ausgehend vom Gegenstandserlebnis, von einem Tatbestand, der sich innerlich wahrnehmen läßt, und gehören somit zum echten Material der Phänomenologie. Aber freilich, sobald wir generelle Formgruppen und Merkmale dieser Tatbestände herausheben, abstrahieren wir und bilden Begriffe, vollziehen also Denkakte. Aber wir gehen damit nicht über Tatsachenmaterial hinweg, das wir uns jederzeit vergegenwärtigen können; denn wir stellen kein induktives Erklärungsgesetz derselben auf, sondern verbleiben im Rahmen des Beschreibens" (S. 349, loc. cit.).

Also die Assoziationen (im Sinne von festgelegten Verknüpfungen!) existieren nur in der Theorie, die Akte aber in der Wirklichkeit. Nur die letzteren sind also „Entia". Und es ist unrichtig, wenn *Bleuler* sagt, der Aktionspsychologe führe mit der Betonung der Akte zu den „Erfahrungsassoziationen" hinzu „neue Entia in die Überlegungen ein". Ein Ens ist erst das, was *Bleuler* die „Reproduktion von Erfahrungsassoziationen" nennt; sie ist aber eben auch ein Akt — und zwar die Reproduktion in allen Erscheinungsformen, die aktive und auch die sogen. passive; denn Passivität ist Reaktivität, also nur Aktivität in anderer Form. Ebenso ist ein Ens wieder das, was *Bleuler* „Kombination der erworbenen Vorstellungen nach Analogie der Erfahrung" nennt; Akte sind es eben wieder, die all das zuwege bringen, was *Bleuler* Kombination nennt.

Es unterliegt nun keinem Zweifel, daß „die Assoziationstheorie als Erklärungsprinzip schon manchen wichtigen Dienst geleistet hat, und sei er auch bloß in ihrem heuristischen Moment gelegen" (*Kronfeld*, loc. cit. S. 336). Es unterliegt auch keinem Zweifel, daß es dem Assoziationstheoretiker gestattet sein muß, den zur Bildung der Assoziationen führenden Vorgang, den Assoziationsvorgang, in einer solchen Weise darzustellen, daß ihm das, was als seine Wirkung hingestellt wird, tatsächlich zugeschrieben werden kann. Den Assoziationsvorgang aber so auszustatten, daß sich aus ihm „von selbst" z. B. „Abstraktionen und Analogien" ergeben (*Bleuler* S. 147), daß sich aus den Assoziationen „alle unsere Logik, die Begriffsbildung, die Abstraktion, die Kausalität und was weiter noch zum Denken gehört, rest- und zwanglos erklären läßt", ist ein sonderbar Beginnen. Wie kann man denn überhaupt ohne zwingenden Grund daran denken, Wirkungen, deren Hervorgehen aus Akten jeder, so oft er nur will, in seiner Psyche beobachten kann, einem hypothetischen

---

führt *Stöhr* in bewundernswert prägnanter Weise aus: „Dann finde ich auch, daß viel zu sehr im Sinne der Tradition nach *Hartley* und *Pristley* von Ideenassoziationen gesprochen wird, wo nur unterbliebene Dissoziationen von einheitlichen Erinnerungskomplexen vorliegen."



Vorgange, dem Assoziationsvorgange, zuzuschreiben, ob sie sich nun aus ihm erklären lassen oder nicht? Kann der Hinweis darauf, daß alle diese Effekte aus den Assoziationen „rest- und zwanglos erklärt werden können" — posito, sed non concesso! — als ein solcher zwingender Grund angesehen werden angesichts der als tatsächlich gegeben konstatierbaren Akte? Ist es erlaubt, die Bedeutung dieser Akte, die ja zweifellos darnach geartet ist, die ganze Konzeption der Assoziationstheoretiker zu stören, in Abrede zu stellen, indem man etwa die Wirkungen der Akte als bloß „scheinbar vom wollenden und denkenden Subjekt gestiftete Verbindungen" hinstellt, die aber „in Wirklichkeit selbsttätig und ohne Zutun desselben erfolgt" (*Kronfeld*, loc. cit. S. 333) seien?

Unter solchen Umständen ist es selbstverständlich nicht am Platze, daß der Assoziationstheoretiker die Beweislast dem Aktionspsychologen zuschiebt, wie dies *Bleuler* gelegentlich tun möchte (S. 146, S. 147 usw.). Die Beweislast fällt dem zu, der unter Vernachlässigung der Akte, deren Vorsichgehen doch nicht geleugnet werden kann, alles, was sich als aus Akten hervorgehend unmittelbar erkennen läßt, als aus einem hypothetisch konstruierten Assoziationsvorgang „sich von selbst ergebend" hinstellt. Der Assoziationspsychologe ist beiläufig in der Lage desjenigen, der z. B. etwa behauptet: nicht der Wind, der gerade geht und deutlich wahrzunehmen ist, ist der Grund dafür, daß sich die Wetterfahne auf dem Turme in einer bestimmten Richtung dreht, sondern dies scheint bloß so, und die Drehung der Wetterfahne ergibt sich „von selbst" aus einem Vorgange, der direkt nicht zu beobachten ist. Freilich ist diese Möglichkeit ausdenkbar: es könnte z. B. einer im Turme stehen, unsichtbar, und eine Stange drehen, mittelst deren die Wetterfahne beliebig gestellt werden kann. Aber daß die Möglichkeit der Drehung der Wetterfahne durch ein anderes Movens in einem speziellen Falle zur Tatsache geworden ist, wird immer erst zu beweisen sein; könnte in dem von mir gewählten Beispiele u. a. dann als bewiesen angesehen werden, wenn sich die Wetterfahne im speziellen Falle nach einer anderen Richtung als der durch die Richtung des Windes bedingten drehte. In allen Fällen, in denen der strikte Beweis für das Eingreifen eines anderen Faktors nicht zu führen ist, wird man aber eben vernünftigerweise doch wieder an das Nächstliegende denken müssen, nämlich daß der Wind die Drehung bewirke, zumal von ihm feststeht, daß er es auch imstande sei.

Bleuler und die Assoziationspsychologen überhaupt hätten also zunächst zu beweisen, daß es die Akte nicht sind, nicht sein können, was dem Denken, Begreifen usw. zugrunde liegt. Meines Wissens ist der Beweis noch niemals ernstlich versucht worden. An kritischen Bemerkungen hat es selbstverständlich nicht gefehlt. So sagt *Ziehen* (Leitfaden, 7. Aufl., S. 203), nachdem er in nicht gerade unvoreingenommen zu nennender Art dargestellt hat, was unter Apperzeption im Sinne *Wundts* zu verstehen sei: „Alles, was man so oft und mit so viel Recht gegen die Lehre von den sogen. Seelenvermögen geltend gemacht hat, spricht auch gegen diese metaphysische Apperzeption", sintemalen, wie *Ziehen* meint, die Apperzeption als „besonderes Seelenvermögen" richtig charakterisiert ist. Freilich ist die Apperzeption als solche nirgends unmittelbar empirisch faßbar, stellt sie vielmehr eine „hypothetische Ergänzung der Wirklichkeit"



dar. Aber die intentionalen Akte sind empirische Tatsachen, — und sie, die Akte, sind es, die der Assoziationspsychologie vom Aktionspsychologen entgegengehalten werden müssen, wogegen die Lehre von der Apperzeption selbst ihren Wert bloß darin hat, daß sie eine theoretische Erklärung für das Zustandekommen des Intendierens in intentionalen Akten gibt [1]). Das dem so ist, hindert natürlich nicht, daß das Scheinargument, mit welchem *Ziehen* wie mit einer einfachen Handbewegung die Apperzeption zur Seite schiebt, von Nachbetern nicht nur übernommen, sondern auch ohne weiteres, wie wenn gar kein Zweifel an der Berechtigung eines solchen Vorgehens übrigbliebe, auf die phänomenologischen Feststellungen der Aktionspsychologie angewendet wird — mit der Prätension, sie dadurch in Frage zu stellen. Ein zweites „Argument" kleidet *Ziehen* in die Worte: „Sie können sich denken, daß diese Hypothese (sc. Apperzeption im Sinne *Wundts*) sehr bequem ist. Alles, was sich nicht sehr einfach aus der Ideenassoziation erklären läßt, wird der Tätigkeit eines höheren Wesens oder Seelenvermögens zugeschrieben." Also es geht nicht nur mit der Apperzeptionspsychologie, sondern es geht sogar „sehr bequem". Aber dies ist nicht gut; es ist ihr eine Methode entschieden vorzuziehen, mit der es nicht „sehr bequem" und nicht „sehr einfach" geht — ob es überhaupt immer geht, diese Frage darf überhaupt gar nicht mehr aufgeworfen werden! —, sofern die (hypothetische!) Assoziation in ihrer Stellung als Allwalterin des Psychischen tangiert wird! Nicht viel anders als *Ziehen* an der Bequemheit der Apperzeptionspsychologie stößt sich *Bleuler* an der der Intentionspsychologie [2]) und macht sich, wie bereits erwähnt, „anheischig, mit ihr noch viel mehr zu erklären als ich". Bei dieser Gelegenheit nennt er „die psychische Aktivität oder Intention" einen „allmächtigen Deus ex machina", ähnlich wie schon von mehreren Seiten die Apperzeption (*Wundt*) als Deus ex machina bezeichnet worden ist. Viel-

---

[1]) *Kronfeld* (loc. cit. S. 348) sagt in diesem Sinne: „Apperzeption ist der theoretische Erklärungsgrund dessen, was wir phänomenologisch als Intentionsqualität setzender und anschaulich sich erfüllender Akte vorfinden." Und weiter: „Apperzeption ist (nach *Husserl*) der Überschuß, der im Erlebnis selbst, in seinem deskriptiven Inhalt gegenüber dem rohen Dasein der Empfindung besteht; es ist der Aktcharakter. Was in Beziehung auf den Gegenstand vorstellende oder sonstige Intention heißt, das heißt, in Beziehung auf das Empfindungsmaterial, dessen Auffassung oder Apperzeption. Diese ist also eine theoretische Begriffsbildung an Stelle einer deskriptiven."

[2]) Es sei hier bemerkt, daß *Bleuler* auch hinsichtlich des Verfahrens, bei der Bekämpfung der psychologischen Anschauungen des Autors u. a. auch eine Diversion auf die psychophysische Theorie des Autors zu machen, in *Ziehen* einen Vorläufer hat. *Wundt* hat bekanntlich die Annahme ausgesprochen, daß die Apperzeption im Stirnhirn lokalisiert sei. Da diese Annahme unhaltbar ist, lehnt *Ziehen* mit ihr zusammen gleich auch die Apperzeption selbst ab, bzw. sieht in der Unhaltbarkeit dieser Annahme einen Grund mehr, die Apperzeption abzulehnen. Also: Alles schon dagewesen! Nur ist die Unhaltbarkeit meiner psychophysischen Theorie der Aktivität durchaus nicht etwa erwiesen.



leicht darf ich *Bleuler* daran erinnern, daß bereits vor 30 Jahren ein recht ernst zu nehmender, tiefer Denker die Assoziation „eine Art psychologischen Deus ex machina, der für jedes unvollkommen definierte Problem einsteht", genannt hat.

Es kann also jedenfalls davon, daß der Beweis dafür erbracht sei, daß das Denken usw. nicht auf die Akte zurückführbar sei, nicht die Rede sein. Im Gegenteile besteht auch bei den Gegnern der Lehre kein Zweifel daran, daß dies möglich sei. Nicht nur für den Aktionspsychologen, sondern auch für den der ganzen Angelegenheit unvoreingenommen Gegenüberstehenden ist damit allein schon der Anspruch der Assoziationspsychologie, das Denken usw. als aus dem Assoziationsvorgang sich „von selbst" ergebend hinzustellen, erledigt. Es ist sozusagen nur eine Konzession an die Assoziationspsychologie, wenn unter solchen Umständen an die Prüfung der „Beweise" der Assoziationspsychologie, daß sich das Denken usw. aus den Assoziationen rest- und zwanglos erklären lasse, überhaupt gegangen wird. Denn bestenfalls könnte damit nur bewiesen werden, daß es so sein könnte, wie die Assoziationspsychologen wollen, — wenn die Akte nicht wären, aber nicht, daß es so ist, weil eben die Akte da sind und nicht geleugnet werden können.

Wo *Bleuler* an die Beweisführung im einzelnen geht, trachtet er im Leser die Meinung zu erwecken, eigentlich sei der Gegner verpflichtet, die Richtigkeit seiner Ansicht zu beweisen, und er (*Bleuler*) tue gewissermaßen ein Übriges, wenn er sich herbeilasse, die Richtigkeit seiner Ansicht zu beweisen. Ich sage z. B. — dem Sinne nach —, daß das logische Denken Wirkung der Aktivität sei. *Bleuler* erklärt (S. 146): „Das hat er (*Berze*) eben zu beweisen oder doch wahrscheinlich zu machen." Das habe ich nicht; denn einen Vorgang, der sich, bildlich gesprochen, vor aller Augen abspielt, hat man nicht erst zu beweisen oder doch wahrscheinlich zu machen. *Bleuler* ist es, der zu beweisen hat, daß es nicht die Aktivität ist, sondern daß es seine Erfahrungsassoziationen sind, die jene Wirkung haben, wozu aber, wie bereits mehrmals betont, der Nachweis der Erklärbarkeit aus den Erfahrungsassoziationen durchaus nicht genügt, selbst wenn er als erbracht anzusehen wäre. — Ich sage, *Bleuler* könne es nicht sagen, wie es „die Erfahrungsassoziation, die durch zwei ganz bestimmte spezielle Erlebnisse „gestiftet" worden ist, machen soll, daß zwei ganz andere Bewußtseinsinhalte in eine ihr „analoge Verbindung" miteinander treten"; — „denn die nackte Assoziationspsycholgie gewährt keine Handhabe dazu". Darauf erklärt *Bleuler*: „Zunächst muß ich hier die Frage zurückgeben: Kann es die Intentionspsychologie?" Wieder falsch; *Bleuler* muß das Wie erklären, weil er ja damit, daß sich u. a. die Herstellung „analoger Verbindungen" aus den Erfahrungsassoziationen allein schon erklären lasse, die Richtigkeit der Behauptung ableiten will, daß „kein besonderer Grund dazu gefunden sei, neue Entia in die Überlegungen einzuführen." Ich aber habe nicht zu erklären, wie es die Aktivität resp. Intentionalität macht; denn ich berufe mich nicht auf einen theoretischen, zumindest der (inneren) Wahrnehmung entzogenen, Vorgang, von dem ich erst aussagen müßte, wie er das machen sollte, was ich ihm zuschreibe, wenn ich berechtigt sein wollte, aufrecht zu halten, daß er es macht, sondern ich stelle in den Akten auf Grund der phänomenolo-



gischen Betrachtung den Faktor einfach fest, von dem es sicher steht, daß er das machen kann, was ich ihm zuschreibe, von dem, mit anderen Worten, unter allen Umständen angenommen werden muß, daß er es machen kann, ob nun die Erklärung, wie er es macht, gelingen mag oder nicht, — einfach eben deshalb, weil als Tatsache konstatiert werden muß, daß er es macht. Es steht um die Aktivität im Psychischen nicht anders als etwa um die Elektrizität im Physikalischen. Wir kennen eine Unmasse von Wirkungen der Elektrizität; von keiner dieser Wirkungen wissen wir aber, wie es die Elektrizität eigentlich macht, daß sie sie herbeiführt. Theorien gibt es natürlich; diese Theorien mögen richtig oder falsch sein, das ändert nichts an der Lage: die Tatsache, daß die Elektrizität „es macht", bleibt dadurch unberührt. Ich glaube, man würde den groß anschauen, der eines Tages erklärte: „Wie, die Elektrizität soll dies machen? Das kann ich dir erst glauben, wenn du mir sagen kannst, wie sie es macht!"

Bleuler wird mit all diesen Überlegungen, aus denen hervorgeht, daß die Stellung der Assoziationspsychologie in der ganzen Streitfrage eine ungleich schwierigere ist als die der Aktionspsychologie, nicht einverstanden sein; das sehe ich voraus. *Bleuler* wird den Einwand parat haben, die Akte seien keineswegs evident, wie ich sage, und wie so viele andere behaupten; was da Akt genannt werde, sei nichts anderes als Entfaltung der psychischen Energie. Sagt er doch Ähnliches schon in der Schrift, auf die ich hier entgegne.

Ein Vergleich ist es, der nach *Bleuler*s Ausführungen in dieser Schrift die Lage klären soll. Ich gehe gern auf diesen Vergleich ein; aus der Art der Vergleiche, die ein Autor wählt, geht oft weit deutlicher hervor, was er meint, als aus seinen sonstigen Darlegungen.

Bleuler führt aus: „Was ich über psychiche Energie weiß, ist ungefähr folgendes: Wir befinden uns da auf einem Gebiete, auf dem Aktivität und Passivität nicht scharf getrennt wird, oder anders ausgedrückt, wo diese Begriffe sich nicht anwenden lassen. Schon eine Maschine ist passiv, insofern sie aufgezogen, mit Kohle versehen, reguliert, angelassen oder abgestellt werden muß, aktiv, insofern sie, wenn einmal aufgezogen oder geheizt und angelassen, „spontan" läuft . . . . Jedenfalls besteht unser ZNS. aus lauter Maschinen mit eigener Heizung und eigenen Dampfkesseln." Sind also die psychischen Vorgänge, das ist der Sinn dieser Ausführungen *Bleuler*s, aktiv oder passiv?

*Bleuler*s Vergleich zeigt deutlich, wo sich das Loch auftut, das *Bleuler* nicht merkt. Der psychische Apparat, wie unser ZNS. überhaupt, kann zweifellos in gewisser Hinsicht mit einer komplizierten Maschinenanlage verglichen werden. Die psychische Energie kann auch zweifellos mit der Energie der Maschine verglichen werden. Und ganz mit Recht sagt *Bleuler*, daß sich auf diesem Gebiete (Entfaltung der psychischen Energie einerseits, der maschinellen Energie andererseits) die Begriffe Aktivität und Passivität nicht anwenden lassen [1]). Freilich nicht; das tut aber auch

[1]) Zu sagen, die Maschine laufe „spontan", wo sie doch nur läuft, weil sie „aufgezogen oder geheizt und angelassen" worden ist, wäre nach meiner Meinung, entgegen der *Bleuler*s, allerdings exquisit widersinnig.



der Aktionspsychologe nicht, weil er „psychische Energie“ und „psychische Aktivität“ auseinanderzuhalten weiß, während *Bleuler* sich damit abmüht, sich damit abmühen zu müssen glaubt, weil er die beiden Begriffe, wie bereits erwähnt, zusammenwirft. Was der Aktionspsychologe unter Aktivität meint, kann *Bleuler* gerade an der Hand seines Vergleiches erfahren. *Bleuler* sagt richtig, die Maschine müsse „aufgezogen, mit Kohlen versehen, reguliert, angelassen oder abgestellt werden“. Von der Art, wie sich *Bleuler* das „mit Kohlen versehen“ vorstellt, will ich an dieser Stelle absehen; das mag meinetwegen die „eigene Heizung“, der „eigene Dampfkessel“ [1]). besorgen. Aber — wer ist es, der „reguliert, anläßt, abstellt“? Das sind in der Fabriksanlage die Arbeiter. Sie sind es, was ganz unbestreitbar als aktiv bezeichnet werden kann. *Bleulers* grober Fehler besteht also darin, daß er das psychische Leben mit einer Maschine, bzw. mit einer Anlage „aus lauter Maschinen mit eigener Heizung und eigenen Dampfkesseln“ vergleicht, anstatt sie mit einer Fabrik im Betriebe zu vergleichen; dieser Vergleich hätte ihm gezeigt, daß mit der psychischen Energie, den Maschinen allein noch nicht gedient ist, sondern daß außerdem im Psychischen wirkende Faktoren, die Arbeiter, die „regulieren, anlassen und abstellen“, zum Betriebe notwendig sind. Dann hätte sich *Bleuler* erst auf einem Gebiete gesehen, auf dem Aktivität und Passivität wohl „scharf getrennt wird“, wo diese Begriffe sich wohl „anwenden lassen“.

Man sieht also, *Bleuler* bewegt sich mit diesem seinem Beispiele in einer Sphäre, die das strittige Gebiet noch gar nicht einschließt, *Bleuler* geht an dem Kern der Frage vorüber. Das gleiche gilt von seinen übrigen Beispielen. „Wenn zwei chemische Körper aufeinander reagieren, ein Kolloid sich im Lauf der Zeit ändert, Salz in übersättigter Lösung sich ausscheidet, wenn ein Ei sich zum Organismus entwickelt, so sind dem chemischen oder physikalischen Gemisch oder dem Ei innewohnende Kräfte tätig, aber andere von außen kommende Kräfte, Wärme, Licht, Erschütterungen, hineinfallende Kristalle lösen die Vorgänge aus oder befördern oder hemmen sie, sind zum Teil geradezu notwendig für das Geschehen. Ist das aktiv oder passiv?“ Die Frage ist leicht zu beantworten: Auf jene Vorgänge, wie Reagieren zweier chemischer Körper aufeinander, Entwicklung eines Eies zum Organismus, usw. die Begriffe Aktivität und Passivität anzuwenden, hat ebensowenig Sinn wie auf das „Laufen“ der angelassenen Maschine; es sind dabei einfach „dem chemischen Gemisch oder dem Ei innewohnende Kräfte“ (Energien) „tätig“. Die Faktoren aber, welche es bewirken, daß diese den genannten Dingen „innewohnenden Kräfte“ wirksam werden, daß — mit anderen Worten — die betreffenden Energien zur Entfaltung gebracht, daß sie aktiviert werden, also Wärme, Licht usw., diese Faktoren sind es, die als aktiv auch bei der strengsten Fassung des Begriffes zweifellos zu bezeichnen sind. — Wieder ist es falsch, gründlich falsch, den einzelnen Vorgang aus der Fülle des

[1]) Daß *Bleuler* mit dem Hinweise auf die „eigene Heizung“, den „eigenen Dampfkessel“ der einzelnen Maschinen im ZNS. einen Seitenhieb auf *Reichardts* und meine Theorie beabsichtigt, ist mir klar. *Bleuler* kann seine Ansicht zumindest ebensowenig wie *Reichardt* die seinige und ich die meinige beweisen.



Geschehens herauszureißen und ihn isoliert, wie er so ist, zu einem Vergleiche mit dem psychischen Leben zu verwenden. Wie im ersten Beispiele dieses nicht mit der Funktion einer Maschine oder mehrerer Maschinen verglichen werden durfte, sondern mit dem ganzen Betriebe einschließlich der aktiven Faktoren (Arbeiter, die regulieren, die eine Maschine anlassen, die andere abstellen, usw.) zu vergleichen war, so darf es etwa im Beispiele der zwei aufeinander reagierenden chemischen Körper wieder nicht einfach mit diesem chemischen Vorgange verglichen werden, sondern ist es zu vergleichen mit dem Geschehen in einem chemischen Laboratorium einschließlich der Tätigkeit des Chemikers, der z. B. die zwei chemischen Körper zusammenbringt, so daß sie aufeinander reagieren können, die übersättigte Lösung herstellt, sie etwa abkühlt, so daß sich das Salz ausscheiden muß, usw.

Was mit den von *Bleuler* angeführten Vorgängen: Laufen der in Betrieb gesetzten Maschine, Aufeinanderreagieren zweier chemischer Körper usw. in gewisser Hinsicht, aber eben auch nur in gewisser Hinsicht, zu vergleichen ist, das ist der bereits in Gang gesetzte einzelne psychische Vorgang. So kompliziert der Vorgang auch sein mag — nehmen wir z. B. den Vorgang der Werdung des Organismus aus dem Ei —, so kann mit ihm doch nur der einzelne sich vollziehende psychische Akt verglichen werden, mag es sich nun um einen einfachen, etwa einen Wahrnehmungsakt, oder um einen komplizierten (zusammengesetzten) Akt handeln, wie um einen Denkakt, um einen Schluß usw. Wenn ich sage, daß der Vergleich nur in gewisser Hinsicht zutreffend sei, so denke ich dabei vor allem an den Unterschied, der darin gelegen ist, daß jeder der von *Bleuler* zum Vergleiche herangezogenen Vorgänge, wenn er einmal durch den betreffenden aktiven Faktor in Gang gebracht worden ist und von ihm in Gang erhalten wird, sich genau so abspielen muß, wie es durch die „innewohnenden Kräfte" vorbestimmt ist, wogegen der psychische Akt in jeder Phase seiner Entwicklung durch eine Modifikation oder Ausgestaltung der Intention, die sich in ihm realisiert, beeinflußt werden kann.

Was wir psychisch nennen, umfaßt also außer den Vorgängen selbst auch den aktiven Faktor, der diese Vorgänge „auslöst", sie gestaltet, reguliert usw. Dieser Faktor ist das Ich; die Vorgänge sind also auf Tätigkeit des Ich zu beziehen und stellen sich somit als Akte dar. Und zwar gilt dies von allen psychischen Vorgängen, vom „einfachsten" Wahrnehmungsakt an bis zum kompliziertesten Denkakt. Das Ich ist es, das in seinen Akten wahrnimmt, vorstellt, begreift, denkt, schließt, urteilt, Unlogisches verwirft, Logisches annimmt, meint, glaubt, erwartet, befürchtet, als möglich hinstellt, behauptet usw. Wer auf dem Boden der Tatsachen bleibt, wer nimmt und beschreibt, was er beobachtet, kann an der Aktivität in diesem Sinne nicht vorübergehen. Der Assoziationstheoretiker, der alles Denken aus den Assoziationen „von selbst" hervorgehen läßt und dem Ich die Rolle des Zuschauers bei all diesen „Vorgängen" zuweist, berücksichtigt die Tatsachen nicht, — wird auch der Fülle des psychischen Geschehens durchaus nicht gerecht [1]).

[1]) Wieder kann ich nicht umhin, *Kronfeld* zu zitieren. Nachdem er festgestellt hat, daß die Annahme „seelischer Richtkräfte, welche die Ver-



Was heißt das nun: das „Ich“ ist das in den Akten seine Tätigkeit bekundende Subjekt? Was gibt dem „Ich“ die Potenz, in diesem Sinne zu fungieren?

Das reine Ich ist nicht eine Wesenheit für sich, nicht eine Wesenheit außerhalb der Akte; es ist nichts als das in den Akten tätig gedachte Subjekt, das reine Ich ist also ein begriffliches Gebilde. Seiner Erscheinung nach ist das Ich der Identität und Einheit aufweisende Träger der Intentionen (der Intentionalität) und der Fähigkeit, die intentionalen Akte zu vollziehen (der Aktivität). Intentionalität, resp. Aktivität sind „Grundbegriffe phänomenologischer Analyse des seelischen Geschehens“ (vgl. *Kronfeld*, loc. cit. S. 249), sie sind phänomenologisch letzte Tatsachen, hinter ihnen steckt nichts Psychisches mehr. Woher das Ich dieses Vermögen hat, dies zu ergründen geht über den Rahmen der deskriptiven Psychologie hinaus [1]). Dagegen läßt sich psychologisch bis zu einem gewissen Grade verfolgen, warum das Ich gerade eine bestimmte Intention hat, einen bestimmten Akt vollzieht. Die Affektivität spielt dabei unstreitig eine große Rolle, die aber doch prinzipiell nicht verschieden ist von der anderer „Materien“ der Intentionalität, und am allerwenigsten mit der Bedeutung der Grundtatsache, der Intentionalität, selbst verwechselt werden darf.

In den Willensvorgängen, im Wollen im weiteren Sinne, also in allen seinen Erscheinungsarten vom triebartigen bis zum wählenden Wollen, haben wir nur eine der Gruppen intentionaler Akte zu erblicken, die Gruppe derjenigen Akte nämlich, in denen sich Intentionen von der Qualität: Wollen vollziehen. Aber es ist nicht zu verkennen, daß in jedem „intentionalen Akte“, wie immer geartet die Qualität und die Materie der Intention sein mag, die sich in ihm verwirklicht, ein Wollen im weitesten Sinne steckt (Wahrnehmungswille“, „Erkenntniswille“, „Denkwille“, „Handlungswille“ usw., generell „psychischer Wille“), daß sich in allem Psychischen ein Streben, ein Gerichtetsein, eine Tendenz, ein Grundwille [2]) bekundet,

---

knüpfung innerer Abläufe regeln“ wissenschaftstheoretisch zweifellos zulässig sei, fährt er fort: „Für solche Hypothesen über seelische Richtkräfte der Assoziation liegt jedoch ein Widerstreit zu den Tatsachen überall dort vor, wo wir uns tatsächlich durch Beobachtung überzeugen können, daß das Subjekt willkürlich und nachdenkend seine Inhalte verknüpft oder ihre Abfolge regelt. Man müßte die Denkvollzüge und Willensvorgänge als seelische Tatsachen leugnen und durch assoziative Umdeutung verfälschen, um die Assoziationshypothese auf der genannten Basis durchhalten zu können. Diese umdeutende Verfälschung wird ja nun von vielen Seiten beliebt: Sie hat nicht wenig dazu beigetragen, das psychische Leben in dürren schematischen Formeln erstarren zu lassen, an Stelle es in seiner reichen Mannigfaltigkeit vorurteillos zu beschreiben“ (loc. cit. S. 334). —

[1]) Ein Gebiet der Theorie beginnt hier. Meine Theorie (davon später) will nicht mehr sein als eine solche.

[2]) Dies möchte ich namentlich *Kronfeld* gegenüber betonen, der im Irrtume ist, wenn er meine im voluntaristischen Sinne von der *Husserls* abweichende Auffassung der Intentionalität auf „unbeabsichtigte

derselbe Grundwille, der sich im Leiblichen in der Gestalt der organischen Triebe, bzw. in der ihnen, vor allem dem Triebe der Selbsterhaltung, dienenden Funktion der Organe des Körpers, erfüllt, wie ich denn das Psychische in keinem anderen Lichte zu sehen vermag als in dem, das mir den psychischen Apparat als ein Organ des lebendigen Individuums zeigt, gleichsinnig und in wechselseitigem Entsprechen wirkend mit den rein „körperlichen" Organen.

Mit der Aktivität im Sinne dieser Auffassung wird also kein neues Agens (sc. zu den Assoziationsvorgängen hinzu) in die Überlegungen eingeführt; die Aktivität ist vielmehr das psychische Agens, auf welches alle [1]) psychischen Vorgänge, als seine Tätigkeiten, zu beziehen sind. Die „Assoziation" wird bei dieser Auffassung zu einem theoretischen Hilfsbegriff (vgl. das früher Gesagte), die Assoziationshypothese zu einer Hilfshypothese, die eine der Möglichkeiten begrifflich faßt, eine Seite — bloß eine Seite! — des Psychischen, nämlich die Seite, die eben auf ein Verknüpftsein, bzw. auf ein Verknüpftbleiben (im Gedächtnis) psychischer Inhalte schließen zu lassen scheint, zu „erklären". Wenn also *Bleuler* gleich anderen Assoziationspsychologen sozusagen als Hauptschlager für seine Psychologie den Hinweis darauf verwendet, daß er keinen Grund habe, außer den Assoziationen neue Entia in die Überlegungen einzuführen, so kann ihm entgegengehalten werden, daß auf den gleichen Ruhmestitel auch die Aktivitätspsychologie Anspruch erheben kann, insofern sie durchaus keinen Grund hat, außer der Aktivität neue Entia in die Überlegungen einzuführen. Soweit könnten also beide Grundanschauungen als gleichberechtigt angesehen werden. Mit diesem Argument ist die Aktivitätspsychologie zumindest nicht aus dem Felde zu schlagen.

Die Entscheidung über den größeren oder geringeren Wert der einen oder der anderen Auffassung kann einzig und allein auf Grund einer genauen Prüfung der Grundlagen beider getroffen werden. Diese ergibt, kurz zusammengefaßt, daß die Assoziationspsychologie den theoretisch angenommenen Assoziationsvorgang zum psychischen Agens erhebt und aus ihm das gesamte psychische Geschehen hervorgehen läßt [2]), was ihr

---

Bedeutungsverschiebungen" u. dgl. zurückführt. Daß ich vielleicht nicht überall deutlich genug ausgedrückt habe, worin ich von *Husserl* abweiche, bzw. was nicht auf Rechnung *Husserls* kommt, gebe ich zu.

[1]) Daß ich außer dem „Intentionalen", außer der Aktivität, noch ein anderes Psychisches kenne resp. annehme, ist ein Irrtum *Kronfelds*. Genau so wie *Husserl* sehe ich in den Intentionen die eigentlich „psychische Seite der Erlebnisse" (S. 174). Es gibt auch für mich „keine psychischen Phänomene, welche nicht Akte sind oder involvieren" (*Kronfeld* S. 139). Darüber später mehr!

[2]) *Kronfeld* führt mit Recht aus, daß das Geschehen, soweit es mittelst der Assoziationshypothese zu erklären ist, „tatsächlich nicht der wesentliche Teil des psychischen Geschehens überhaupt ist. So behält dieses Erklärungsprinzip seinen Wert nur für eine untergeordnete Klasse von psychischen Geschehnissen. Es handelt sich, wie man weiß, zum großen Teile um Reproduktionsphänomene, aber auch nicht um alle; wissen wir

allerdings nur unter mehr oder weniger verdeckter Mitverwendung eines unklaren Begriffes der psychischen Energie oder eines verschwommenen Affektivitätsbegriffes gelingt, — die psychische Aktivität im eigentlichen Sinne, obwohl sie eine Beobachtungstatsache ist, als eine bequeme, aber entbehrliche „Hilfsgröße zur Deutung der psychischen Vorgänge" (vgl. *Ziehen*, Vorwort zum „Leitfaden"), als einen allzu bequemen „allmächtigen Deus ex machina" (vgl. *Bleuler* S. 147) dagegen ablehnt, daß auf der anderen Seite die Aktivitätspsychologie in der Beobachtungstatsache: Aktivität das psychische Agens erblickt, aus ihr alles Psychische hervorgehen läßt, die Assoziation aber als nichts anderes nimmt, als was sie eben ist, nämlich als hypothetisches Erklärungsprinzip für gewisse Erscheinungen im Psychischen, — die Ausstattung des Assoziationsvorganges zu einem verkappten Träger der Aktivität aber als eine unnötige und unberechtigte Überspannung des (Erklärungs-)Prinzips ablehnt. Mir scheint die Aktivitätspsychologie im Recht zu sein, was aber selbstverständlich nicht ins Gewicht fällt, da ich mich in psychologisch-theoretischer Hinsicht nicht mehr als unvoreingenommen ansehen kann.

Sozusagen im Ausgangspunkt des psychischen Lebens steht also — nach der Aktivitätspsychologie — das Ich mit seinen Tendenzen, das Ich als „tendierendes Aktionszentrum". Die Tendenzen treten in den verschiedensten Weisen in Erscheinung, als Triebe, Begehrungen, Begierden, Wollungen usw. Eine der häufigsten Erscheinungsformen ist die eine Tendenz einschließende Idee, der eine Tendenz tragende Gedanke.

Über die Ideen in diesem Sinne schüttet *Bleuler* nun wieder die bis zum Rande gefüllte Schale seines Hohnes aus. Wäre der Hohn ein Argument, so wäre ich entschieden ad absurdum geführt.

Bleuler führt aus: „Wir kennen (also) ordnende Ideen genau so gut wie die Intentionspsychologen; wir leiten sie aber aus der Erfahrung ab." *Berze* „rechnet eben", sagt er eine Seite früher (S. 143), „seine Idee nicht zum Erlebnismaterial und merkt nicht, daß wir es tun müssen." — Damit konstruiert *Bleuler* erstens eine Differenz, die in der Form, wie er sie hinstellt, zwischen seiner und meiner Auffassung keineswegs besteht, erhebt zweitens diesen irrig dargestellten Differenzpunkt über Gebühr zum Hauptdifferenzpunkt, während er das Moment, worin die eigentliche Differenz der beiden Auffassungen zu suchen ist, nicht erfaßt oder doch übergeht.

Der wesentliche Unterschied zwischen *Bleuler*s und meiner Auffassung besteht darin, daß *Bleuler* an dem, was er als ordnende Ideen anspricht, nur den Inhalt sieht, darüber aber das Wesen übersieht, während ich an der Idee vor allem das sehe und betone, was sie eben zur Idee macht — zunächst ganz abgesehen von ihrem speziellen Inhalte, und daß ich dieses Wesentliche der Idee in dem Momente der Tendenz erblicke, die in ihr wirksam wird. In diesem Unterschiede tritt wieder der prinzipielle Unterschied zwischen Assoziations- und Aktionspsychologie zutage. Nach der ersteren läßt sich alles Psychische aus dem Erlebnismaterial

doch seit *Marty* und *Husserl*, daß nicht einmal zwischen Wort und Bedeutung eine bloße assoziative Verknüpfung vorliegen kann" (loc. cit. S. 335.)



„durch bloße Assoziation" ableiten, während die letztere überall Wirken der Aktivität (Intention, Tendenz, Idee) sieht. Überall! Wenn daher *Bleuler* — wieder in der irrigen Meinung, einen Gegensatz zur Aktionspsychologie herauszustellen — betont, er sehe „keinen prinzipiellen Unterschied zwischen dem weniger verarbeiteten und dem mehr verarbeiteten Erfahrungsmaterial", so wird ihm in dieser Hinsicht auch vom Aktionspsychologen recht gegeben; nur sieht der Aktionspsychologe auch schon bei der Verarbeitung (!) geringeren Grades, wie sie dem „weniger verarbeiteten Erfahrungsmaterial" entspricht, die Aktivität wirksam, während sie der Assoziationspsychologe auch bei höherer Verarbeitung des Erfahrungsmaterials noch nicht sieht, bzw. nicht zugibt.

In meiner Arbeit habe ich u. a. gesagt, gegen die Entstehung der Begriffe durch bloße Assoziation spreche auch, „daß ein und dasselbe Erlebnismaterial, niedergelegt in ein und demselben Assoziationsmaterial, nach den verschiedensten Gesichtspunkten begrifflich geordnet werden kann". Was den bestimmten Gesichtspunkt zur Geltung bringe, sei die Idee, die Tendenz, das betreffende Erlebnismaterial eben nach ihm zu ordnen. Was den Gesichtspunkt zum Gesichtspunkt macht, ist also meines Erachtens diese Tendenz. *Bleuler* greift nun das Wort Gesichtspunkt auf und führt aus, mit Hilfe verschiedener Gesichtspunkte könne er dasselbe auch „durch bloße Assoziation" erklären. „Die Summe eines bestimmten Erfahrungsmaterials + einen Gesichtspunkt ist eben nicht gleich der Summe des nämlichen Erfahrungsmateriales + einen anderen Gesichtspunkt" (S. 143). Ganz richtig, das sage ich auch! Nur bleibt uns *Bleuler* die Aufklärung darüber schuldig, wie ein psychischer Inhalt zu einem „Gesichtspunkt" wird und zwar zu einem Gesichtspunkt der Begriffsbildung. Durch sein Dasein an und für sich doch noch nicht! Ich habe, wenn auch *Bleuler* mich über Konstellation u. dgl. erst belehren zu müssen glaubt, nie daran gezweifelt, daß „die Direktion der Assoziation"... „von dem ganzen Komplex (sc. der jeweils im Bewußtsein zur Geltung kommenden Vorstellungsmassen) bestimmt wird." „Die Direktion der Assoziation"! Es handelt sich aber um die Begriffsbildung. Ist das an ganz gleiche Bedingungen geknüpft: Assoziation und Begriffsbildung?

Es ist nicht gerade leicht festzustellen, was *Bleuler* unter Begriffen versteht. In der Schrift *Bleulers*, von der diese Diskussion ausgeht, heißt es (S. 5): „Vorläufig ist wichtig, daß von allen chronischen Psychosen nur die Schizophrenie andauernd die festen Begriffe auflösen und anders zusammensetzen kann", und unmittelbar darauf: „Was ist nun diese Lockerung der Assoziation?" „Auflösung der festen Begriffe" ist also gleichbedeutend mit „Lockerung der Assoziationen". Zwei Seiten weiter ist zu lesen: „Die Festigkeit der Erfahrungsassoziationen ist schon beim Normalen eine variable. Im Traume sind sie gelockert; es kann da fast alles an alles assoziiert werden; die festesten Konglomerate, wie z. B. einfache Begriffe, können in ihre Bestandteile zerrissen ... werden." Darnach steht doch, sollte man glauben, fest, daß *Bleuler* die Begriffe als Konglomerate (Assoziationskomplexe oder dgl.) ansieht, die einfachen Begriffe für „festeste Konglomerate", die zusammengesetzten für weniger feste. In der letzten, zwei Jahre nach jener erschienenen, Schrift über-

rascht mich aber *Bleuler* mit folgender Darlegung: „Ich habe an Lockerung der Assoziationen nicht deshalb gedacht, weil ich in den Begriffen nichts anderes als Assoziationskonglomerate sehe“ — „was übrigens nicht richtig ist, es sind für mich Abstraktionen“ (S. 153, Text und Fußnote 2). Woran soll ich mich also wieder halten: Sind die Begriffe „Konglomerate“, wie *Bleuler* 1918 will, oder sind sie „Abstraktionen“, wie *Bleuler* 1920 will [1])?

Der von *Bleuler* 1918 geäußerten Ansicht könnte ich nur wieder entgegenhalten, was ich dagegen bereits vorgebracht habe, ich verweise daher diesbezüglich auf meine im 75. Bande dieser Zeitschrift erschienene Schrift. Und will mich im weiteren an *Bleuler* 1920 halten, zumal mir die revidierte Fassung weit sympathischer ist, da ich seit jeher keinen Grund gesehen habe, von der Ansicht abzuweichen, daß die Abstraktion bei der Begriffsbildung eine wichtige Rolle spiele, insofern die „Merkmale“, die im Begriffe zusammengehalten erscheinen, durch Abstraktion aus dem Erlebnismaterial herausgehobener Erkenntnisinhalt sind.

Wenn nun aber die Begriffe Abstraktionen sind, so stellt sich die Frage ein: Ist, was für die Assoziation gilt, so ohne weiteres auch auf die Abstraktion anwendbar? *Bleuler* führt (S. 142, 143) allerlei aus, das recht gut auf Assoziation paßt, aber nicht das geringste mit der Abstraktion zu tun hat und auch nicht eine Spur eines Beweises enthält, daß sich Abstraktionen aus dem Assoziationsvorgange selbst ergeben, wie vier Seiten später unvermittelt verkündet wird.

Auf S. 149 sagt *Bleuler* viel Richtiges über Abstraktion, zeigt u. a., wie dieser Vorgang „bei den verschiedensten geistigen Tätigkeiten mitspielt“, betont, daß „es schon Abstraktion“ sei, wenn der Neugeborene die Mutter aus dem optischen Bilde des Zimmers heraushebt“ usw., und führt aus, daß es „von den primitiven Formen der Abstraktion zu den höchsten keinen Unterschied“ gebe. Aber spricht das alles etwa für *Bleulers* Anschauung, daß die Abstraktion aus dem Assoziationsvorgang von selbst hervorgehe, und gegen meine Anschauung, daß die Abstraktion ein Ergebnis der psychischen Aktivität sei? Hat etwa die Aktivitätspsychologie Grund zu leugnen, daß die Abstraktion bei den verschiedensten geistigen Tätigkeiten mitspiele? Oder zu behaupten, daß der Neugeborene noch keine psychische Aktivität entwickle, so daß man ihr mit Fug und Recht entgegenhalten könnte, schon beim Neugeborenen gebe es Abstraktionen? Oder statuiert die Aktivitätspsychologie etwa einen Unterschied zwischen den primitiven und den höchsten „Formen“ der Abstraktion?

Davon, daß *Bleuler* bewiesen oder auch nur wahrscheinlich gemacht habe, daß die Abstraktion aus dem Assoziationsvorgange von selbst hervorgehe, sehe ich also nichts. Dagegen sehe ich, daß *Bleuler* sich den Assoziationsvorgang bzw. die ihn herbeiführenden psychischen Kräfte eben so ausgestattet denkt, daß er aus ihm auch die Abstraktion „von selbst“ hervorgehen lassen kann. Dies steht ihm selbstverständlich frei; der Assoziationsvorgang ist, wie oben ausgeführt, nicht ein beobachteter,

[1]) In meiner Schrift, die 1919 erschienen ist, konnte ich mich nur an *Bleuler* 1918 halten. *Bleuler* 1920 hätte ich bloß vorausahnen können.



sondern ein theoretisch angenommener Vorgang, man kann in ihn also hineinlegen, was man aus ihm nach der (Assoziations-)Theorie herausholen will — so ähnlich wie man in das an sich selbst der Beobachtung nicht zugängliche, theoretisch angenommene Unbewußte hineinlegen kann, was man sich aus ihm herauszuholen berechtigt glaubt. —

Bei der Kritik meiner Einwände gegen seine Erklärung des Denkens nur aus Assoziationen („Reproduktion von Erfahrungsassoziationen") verlegt sich *Bleuler* wieder auf Nebensachen und übergeht die Hauptsache. Er wirft mir vor, daß ich keinen Unterschied zwischen mehr oder weniger eingeübten und nicht eingeübten Assoziationen kenne, obwohl ich in dem Passus, auf den er sich dabei bezieht, von mehr und von weniger soliden Assoziationen und ein paar Zeilen weiter von dem mehr oder weniger festen Gefüge der „Assoziationskomplexe" spreche, was schließlich dem Sinne nach auf das gleiche hinausläuft. Er glaubt mich ferner aufmerksam machen zu müssen, daß es „doch eine Hierarchie von Zielvorstellungen und eine Konstellation" gebe, „Dinge, die nie fehlen und nicht kompliziert genug vorgestellt werden können", obwohl ich in meinen Arbeiten Beweise genug dafür geliefert habe, daß ich diese Dinge kenne. Aber das Wichtigste vergißt *Bleuler*, nämlich daß auch er selbst mit den Dingen, die er da nennt, nicht auskommt und daß er, weil dies der Fall ist, ja die „Assoziationsspannung" erfunden hat, — jenes mysteriöse „dynamische Etwas", das „die durch Erfahrung gebildeten Assoziationen in ihren Bahnen hält" (Störung der Assoziationsspannung, S. 21), dem „jedenfalls eine gewisse Rolle in der Entwicklung der Disziplin unseres Denkens überhaupt zukommt" (S. 15) usw. — ein „dynamisches Etwas", das in seiner alle möglichen Ausdeutungen gestattenden Undefiniertheit es dem Assoziationspsychologen ermöglicht, das Manko, das sich bei der Erklärung des gesamten geistigen Lebens ausschließlich aus den Erfahrungsassoziationen da und dort ergibt, zu decken unter Aufrechterhaltung der Fiktion der Entbehrlichkeit der psychischen Aktivität im Sinne der Aktivitätspsychologie.

Nicht übergehen darf ich, daß *Bleuler* in diesem Zusammenhange, wie erwähnt, von einer „Hierarchie von Zielvorstellungen" spricht, nicht also von einer Hierarchie einfach von Vorstellungen, sondern geradezu von Zielvorstellungen. Mit der „Zielvorstellung" beim Denken verhält es sich genau so, wie mit dem „Gesichtspunkt" bei der Begriffsbildung. Was macht denn eine Vorstellung zur Zielvorstellung? Nichts anderes als die psychische Aktivität, die sie erstens aus der Gesamtvorstellungsmasse herausholt und sie zweitens dadurch, daß sie das Denkstreben auf sie verlegt, ihr das Moment der Tendenz verleiht, zum wirksamen zielstrebigen Faktor erhebt. Indem *Bleuler* so ohne weiteres statt von Vorstellungen von Zielvorstellungen spricht (oder indem er irgendeine Vorstellung ohne weiteres als wirksamen „Gesichtspunkt" der Begriffsbildung hinstellt), läßt er also auch schon die psychische Aktivität unversehens einschleichen; und es ist daher kein Wunder, aber auch kein Beweis für die Richtigkeit seiner Lehre, daß er mit jenen manches erklären kann, was auf die psychische Aktivität zu beziehen ist.

Übrigens ist das Operieren mit den sogen. Zielvorstellungen, wie es bei den Assoziationspsychologen beliebt ist, durchaus irreführend, abge-



sehen davon, daß die „Zielvorstellungen“ im Sinne der Assoziationspsychologen gefaßt und zugeschnitten, wie sie sie eben brauchen, bereits ein Präjudiz für die Assoziationspsychologie mit einschließen, das in einer Diskussion, die sich eben um die Frage der Zulänglichkeit der Assoziationspsychologie dreht, vermieden werden müßte.

Eine Zielvorstellung im eigentlichen Sinne des Wortes, d. h. eine Vorstellung des durch das Denken zu erreichenden Zieles, ist beim Denken wohl nur ganz ausnahmsweise im Spiele. Was immer da ist, ist dagegen die Ausgangsvorstellung, präziser: die Vorstellung der Ausgangssituation, und eine bestimmte Aufgabe, durch welche der Zweck und die Richtung des Denkens bestimmt wird. Das Denken „zielt“ auf etwas, was in dem Momente, da das Denken beginnt, noch gar nicht da ist (und daher auch nicht einen Faktor des Denkens abgeben oder das Denken irgendwie beeinflußen kann), sondern durch das Denken, durch das der Aufgabe entsprechend „gerichtete“ Denken, erst eruiert, ermittelt, erbracht werden muß. Bei genauerem Zusehen wird sich, wie ich glaube, immer herausstellen, daß die sogen. Zielvorstellung nichts ist als entweder ein Teil der Ausgangsvorstellung oder die Aufgabe bzw. eine ihrer Komponenten. Wenn irgendeine Frage an mich gerichtet wird, so wird mir in ihr einerseits das Gegenstandsgebiet angegeben (Ausgangssituation) andererseits eine Aufgabe gestellt. Diese Aufgabe zu lösen und damit die Antwort auf die Frage zu finden, darauf ist mein Denken gerichtet. Ähnlich einer ausdrücklichen Frage stellt mir die äußere Situation immer wieder Aufgaben, einmal handelt es sich darum, eine günstige Situation auszunützen, ein andermal, aus einer ungünstigen einen Ausweg zu finden. In allen solchen Fällen (Anregung durch eine Frage, einen Hinweis, eine Andeutung usw., Anregung durch die äußere Situation, ein äußeres Ereignis) und dann noch in den Fällen, in denen mich ein Trieb, Hunger, Durst usw. dazu drängt, mein Denken in einer bestimmten Richtung zu entfalten, habe ich mehr den Eindruck des Reagierens. Aber ich kann, wo kein Zwang zur sofortigen Erledigung vorliegt, auch die Idee der Lösung der Aufgabe zurückstellen, mir vornehmen, auf die Idee bei späterer Gelegenheit zurückzukommen, kann eine andere Idee aus der Masse der stets bereiten Ideen herausheben und mich ihr zuwenden, kann neue Ideen bilden, Gedanken fassen, kann zwischen mehreren Ideen, z. B. der Idee, Direktionsakten zu erledigen, der Idee, an dieser Entgegnung zu arbeiten, der Idee, mich zur Erholung ans Klavier zu setzen usw. wählen, kann eine zeitliche Ordnung in die Verfolgung dieser Ideen (Gedanken, Probleme, Absichten, — Tendenzen) bringen. In allen solchen Fällen habe ich mehr den Eindruck der spontan gestellten Aufgabe, der willkürlich gerichteten Denktendenz. Dabei übersehe ich durchaus nicht die Bedeutung der Konstellation. Aber ich sehe auch, daß wir der Konstellation nicht ausgeliefert sind, daß wir ihr nicht blind folgen müssen[1]),

[1]) Dies tun wir, wenn wir uns dem planlosen Phantasieren (nicht zu verwechseln mit der zielstrebigen, schöpferischen Phantasie, vgl. *Müller-Freienfels*, Leipzig 1916, Das Denken und die Phantasie) hingeben, aber auch dann wird das „Assoziieren“ außer durch die Konstellation immer noch durch von früher her nachwirkende Tendenzen, auf die wir eine Zeitlang „eingestellt“ bleiben, ob wir es wollen oder nicht, bestimmt. —



daß wir es vielmehr in einem gewissen Maße in der Hand haben, die durch die gerade wirkende Vorstellungsmasse gegebene Konstellation aktiv zu überwinden, daß wir es ferner ebenso in der Hand haben, uns die erwünschte, d. h. der jeweils vom Ich verfolgten Tendenz entsprechende, Konstellation aktiv zu schaffen.

Aus dem eben Gesagten möge *Bleuler* auch ersehen, was ich unter Idee verstehe [1]). Bisher scheint er sich nämlich einen recht phantastischen Begriff von ihr gebildet zu haben. Könnte er sonst fragen: „Woher kommen sie? Vermächtnis des seligen Plato? [2]) Angeborene Vermögen?" Könnte er mir sonst zumuten, daß ich „Ideen ohne Inhalt", Ideen, die „nur Normen ohne Inhalte" seien, annehme?

Woher sie kommen, die Ideen? Zweierlei ist da zu unterscheiden: erstens ihr Inhalt, zweitens das treibende Moment in ihnen (das Moment, das sie zu wirksamen Faktoren, zu Trägern einer Tendenz macht).

Ich kenne zunächst jene Ideen, welche richtig charakterisiert sind als „oberste Richtungen des Geistes, typische Willensziele, welche das logische und praktische Tun motivieren oder normieren als ein a priori der Gedanken und Handlungen (Wahrheits-, Sittlichkeits-, Gemeinschaftsidee)" (*Eisler*, Philos. Begriffe). Auch *Bleuler* scheint derlei zu kennen; wenigstens redet er — nebenbei bemerkt recht unklar — davon, daß „es auch möglich, aber nach unseren bisherigen Erfahrungen nicht notwendig sei, daß eine außerhalb der Assoziation und der Logik liegende Tendenz existiere, das Nützliche und das Kausale mit Vorliebe zu denken" (S. 144). Ich möchte die Existenz dieser Tendenz ebensowenig in Frage stellen wie die der Kategorien. Da auch ich den Ideen im zitierten Sinne das a priori zuerkennen muß, lasse ich mich auf die Frage, „woher sie kommen", weiter nicht ein.

Was aber die Ideen betrifft, wie sie von mir gemeint sind, wenn ich

---

Sich bloß dem Assoziieren hinzugeben, verlangen wir vom Untersuchten im Assoziationsexperimente. D. h. wir verlangen von ihm, mit dem Worte zu reagieren, das ihm „einfällt", bei möglichster Ausschaltung der Aufmerksamkeit, des Denkens, also der aktiven Verfolgung irgendwelcher Tendenz,— was ja in einem gewissen Maße gelingt. Daß er sich von der „Hierarchie von Zielvorstellungen", von der Konstellation usw. frei mache und so unserem Bestreben, „den Assoziationsvorgang soweit möglich zu vereinfachen", „eine (solche) Isolierung (sc. des einzelnen Begriffes; *Bleuler* schreibt mir nämlich, wieder ganz irrigerweise und unbegründetermaßen, die Absicht zu, ihm die Annahme „isoliert dastehender Begriffe" o. dgl. zu imputieren) hervorzubringen", entgegenkomme, können wir von ihm nicht verlangen; das kann er ja gewiß nicht.

[1]) Ideen sind „Gedanken, die auf Erreichung eines bestimmten Zieles gerichtet sind" (*Th. Lindner*), sind „natürlich entstandene Gedanken und Entschlüsse", „Zwecke und Motive" der Individuen (*O. Flügel*).

[2]) Allerdings sehe ich keinen Grund, dieses „Vermächtnis" zu ironisieren. *L. Will. Stern* z. B. sagt im Vorworte zu „Person und Sache" (Leipzig 1906): „Aber auch Platos „Idee" gewinnt, wenigstens für die biologische Gattung, ihre lange verkannte Bedeutung zurück" (sc. in *Sterns* Darlegungen).



von ihnen als Trägern von bestimmten speziellen Tendenzen, als Gedanken, die auf Erreichung eines bestimmten Denk- oder Handlungszieles gerichtet sind und daher, in Wirksamkeit getreten, unser Denken und Handeln im Sinne der Verfolgung dieses Zieles beherrschen, lenken, ordnen, regulieren, was diese Ideen betrifft, ist es doch gar keine Frage, daß ihr Inhalt aus der Erfahrung stammt. *Bleuler* hätte sich wirklich nicht so viel Mühe zu geben brauchen, mir diese Selbstverständlichkeit beizubringen. Ich stimme auch mit *Bleuler* darin überein, daß sie wohl zum großen Teile aus der ontogenetischen, zu einem anderen Teile aber aus der phylogenetischen Erfahrung abzuleiten sind, und auch darin, daß nicht scharf zu trennen ist, was phylogenetisch, was ontogenetisch erworben ist.

Bleuler meint nun aber, ich hätte mir den Weg der Ableitung der Ideen aus der Erfahrung verrammelt, indem ich ja vorgebracht hätte, „es wäre ein Circulus vitiosus, wollte man Abkömmlinge des Assoziationsgetriebes anderseits wieder als treibende und ordnende Faktoren bei der Hervorrufung von Assoziationskomplexen hinstellen. Man kann sich nicht à la Münchhausen mit eigener Hand an seinem Zopfe aus dem Sumpfe, in den man geraten, ziehen." Versuchte ich, die Ideen aus der Erfahrung abzuleiten, käme also, meint *Bleuler*, „Münchhausens Zopf in Anwendung".

Dieser Schluß ist falsch. Der Inhalt macht nicht das Wesen eines bestimmten psychischen „Gebildes" aus. Materie und Qualität darf da nicht verwechselt werden. Derselbe Inhalt kann einmal Materie einer Vorstellung, ein andermal Materie einer Idee in meinem Sinne sein. Das eigentliche Wesen eines bestimmten psychischen „Gebildes" macht vielmehr die dem Akte, der ihm zugrunde liegt, eigentümliche Qualität aus (z. B. Wahrnehmungs-, Vorstellungs-, Denk-, Willens-, Urteils-Akt). Wenn ich also den Inhalt der Ideen aus der Erfahrung stammen lasse, stemple ich sie damit noch nicht zu Abkömmlingen des Assoziationsgetriebes, sofern ich nur nicht auf den Fehler verfalle, auch das Wesentliche an den Ideen, das in ihnen wirksame treibende Moment (das Motor-Sein der Ideen) aus dem Assoziationsgetriebe abzuleiten, wie es *Bleuler* tut, indem er der Konstellation und anderen sich aus dem Spiele der Assoziationen ergebenden Beziehungen an sich schon dieses Moment zuschreibt.

Woher nun meiner Ansicht nach das treibende Moment in der Idee kommt? Ich habe mich darüber in meiner Arbeit „Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität" ausführlich geäußert, will mich daher hier darauf beschränken, was in diesem Zusammenhange gesagt werden muß. Die Triebkraft einer jeden Idee, so erhaben und großartig sie im Einzelfalle auch erscheinen mag, stammt letzten Endes aus den primitiven Trieben. „Hunger und Liebe erhält das Getriebe." Der Wachzustand ist die Phase, in der unser Geist im Dienste der Triebe voll tätig ist. Er tut dies gewöhnlich nicht, indem er sich im unmittelbaren Sinne der Triebe[1])

[1]) Es wäre denkbar, daß aus dem Triebe selbst, bzw. aus den motorischen Teilimpulsen, die dem Triebe entstammen, Ideen-Inhalt sich ergibt. Man stelle sich vor, einer der durch ihren kunstvollen Nestbau allbekannten Webervögel sei mit einem Bewußtsein nach Art des menschlichen begabt. Welche Fülle von Ideen müßte aus all den Teilimpulsen



betätigt, sondern indem er diejenigen Ideen wirken läßt, die sich aus der Erfahrung und Entwicklung des Individuums unter dem Einflusse der Triebe (darunter auch, nicht zu vergessen, des Nachahmungstriebes) ergeben haben. Was wir z. B. Beruf nennen, ist nichts anderes als ein Komplex von Ideen, eine Hierarchie, wenn man will, von Ideen, die ihre treibende Kraft, noch leicht erkennbar, der Wirksamkeit des Selbsterhaltungstriebes usw. verdanken. Aber auch alles, wofür wir sonst noch „Interesse haben", bis zu den höchsten geistigen Bedürfnissen hinauf, ist sozusagen niedergelegt in Ideen, die, wenn auch im einzelnen Falle weniger leicht erkennbar, auf dem Wege der Transformierung, Spezifizierung, Sublimierung aus den Trieben hervorgegangen sind und, was sie im Falle ihres Heraustretens aus der Latenz an treibender Kraft entfalten, auch immer wieder aus der Kraftsumme der Triebe, über deren Verteilung — bildlich gesprochen — das Ich innerhalb gewisser Grenzen verfügt, beziehen resp. erhalten.

So steht der Welt der in den Vorstellungen erfaßten Objekte das aktive Ich mit der Welt seiner Ideen gegenüber.

Nachdem ich so klargestellt habe, was ich unter Ideen verstehe, wende ich mich der Besprechung der kritischen Bemerkungen *Bleuler*s über meine Ansicht vom Denken zu. In der Arbeit „Die Schizophrenie ...." habe ich u. a. erklärt, daß m. E. „mit der Betonung der sich aus dem Denken ... ergebenden Verbindungen immer nur das Ergebnis des Denkens, keineswegs aber das Wesen dieser Tätigkeit selbst berührt wird". Dazu bemerkt *Bleuler*: „Was nun das ‚Wesen' des Denkens ist, weiß ich nicht; sicher aber meint *Berze* hier mit dem Begriff des Denkens etwas ganz anderes als ich; denn bei mir besteht das Denken eben aus dem Verbinden von Erfahrungsmaterial, bei *Berze* ist es das Resultat davon."

Zunächst muß ich berichtigen: Selbstverständlich ist bei mir nicht das „Verbinden" von Erfahrungsmaterial das Resultat „des Denkens", sondern sind unter Umständen, nämlich dann, wenn es sich um synthetisches Denken handelt, Verbindungen das Resultat dieses Denkens (Verbinden ist ein Vorgang, Verbindung sein Ergebnis).

Das Wesen des Denkens, der Denktätigkeit, erblicke ich in dem Geschehen, welches ganz allgemein als Denken bezeichnet wird, und von dem ich bereits oben eine skizzenhafte Darstellung geliefert habe. Auch wenn ich mich bei meiner Überlegung auf dasjenige Denken beschränke,

---

seines Triebes hervorgehen! Zunächst die Idee, die allen anderen übergeordnet ist: ein Nest zu bauen, dann alle ihr untergeordneten Ideen: den richtigen Ort für die Anbringung des Nestes ausfindig zu machen, das Material für das Nest zusammenzusuchen, das Nest nach einem bestimmten Plane zu konstruieren usw. Die „sehend gewordenen" Teiltriebe würden als Ideen wirksam sein. — Beim Menschen ist es nicht mehr so. Ihm sind nicht durch phylogenetisch festgelegte Untertriebe die Ideen im einzelnen dem Inhalte nach vorbestimmt. Nur der Grundtrieb herrscht noch. Sonst ist dem Geiste keine Marschroute vorgeschrieben. Der weiteste Spielraum ist ihm gewährt, seiner Beweglichkeit, Gewandtheit, Versatilität ist es überlassen, sich seine Ideen selbst zu bilden.



auf welches *Bleulers* Begriff des Denkens, nach dem es „aus dem Verbinden von Erfahrungsmaterial“ bestehen soll, noch am ehesten paßt, muß ich sagen, daß nicht das „Verbinden von Erfahrungsmaterial“ an sich es ist, was dieses, das synthetische Denken charakterisiert — ein Verbinden von Erfahrungsmaterial ist ja das einfache Assoziieren auch —, sondern daß es besondere Bedingungen und Erscheinungen, unter welchen jenes Verbinden von Erfahrungsmaterial vor sich geht, erst sind, welche das Denken charakterisieren und es vom bloßen Assoziieren (einfachen Verbinden) unterscheiden. Und das Wesentliche dieser Bedingungen und Erscheinungen erblicke ich in der Wirksamkeit der die jeweilige Denkaufgabe tragenden Idee (Leitidee, idée directrice, — nicht „Zielvorstellung“!). Wenn man dieses Verhältnis phänomenologisch erfassen will, muß man begreiflicherweise von Fällen ausgehen, in denen es sich tatsächlich um eine (neue) Denkaufgabe handelt, und am besten von Fällen, in denen die Denkaufgabe nicht allzu leicht ist. Vor allem darf man aber nicht übersehen, daß das „Erfahrungsmaterial“ nicht nur assoziativ mehr oder weniger „verarbeitetes“ Material ist, wie auch *Bleuler* berücksichtigt (S. 143), sondern daß auch schon sehr viel Denken im richtigen Sinne des Wortes in der Erfahrung steckt, daß Erfahrung machen so viel heißt wie Wissen erwerben durch unablässige geistige Verarbeitung des unmittelbar Erlebten. In den „Erfahrungsassoziationen“ ist also auch schon das Ergebnis ungezählter Denkakte mit niedergelegt und im gewöhnlichen Leben mit seinen immer wiederkehrenden [1]) Situationen stellt sich daher in der großen Mehrzahl der Fälle zugleich mit der entsprechenden „Erfahrungsassoziation“ als einfaches Reproduktionsphänomen so und soviel früher Gedachtes mit ein. Wenn man daher nicht ausgesprochenen Reproduktions- ebenso ausgesprochene Denk-Akte gegenüberstellt, wie ich es oben als nötig hingestellt habe, sondern umgekehrt, wie es *Bleuler* tut, sozusagen aus dem Gebiete des reinen Assoziierens in das des Denkens schrittweise vorzudringen sucht, wenn man sich das Wesen des Denkens an einfachsten Fällen demonstrieren will, welche das Hervortreten und Wirken der Denkaufgabe und die anderen Erscheinungen des ganzen Vollzuges bei der Einfachheit und Raschheit seiner Erledigung gar nicht recht erkennen lassen, und wenn man dann etwa noch, ohne auch nur den Versuch eines Beweises für erforderlich zu halten, es einfach als sicherstehend annimmt, daß es in komplizierteren Fällen, abgesehen von der entsprechend komplizierteren, weitergreifenden assoziativen Verarbeitung eben auch nicht anders sei, kann man freilich leicht zu einer Auffassung kommen, wie sie *Bleuler* sich zu eigen gemacht hat. Ganz besonders aber wird man darauf verfallen müssen, wenn man als einfache Denkvollzüge irrigerweise Vorgänge einfacher Reproduktion von Erfahrungsmaterial hinstellt.

So ist nach *Bleuler* die Reproduktion der Assoziation Donner — Blitz, wie er in seiner Schrift neuerdings bekräftigt, Denken. Da hat er es dann selbstverständlich leicht, umgekehrt zu sagen, Denken sei nichts anderes als Reproduktion von Erfahrungsassoziationen. Wenn das kein Circulus vitiosus ist! Vorsichtigerweise fügt *Bleuler* allerdings bei, es sei freilich nicht Denken in meinem (*Berze*), sondern nur in seinem (*Bleulers*)

[1]) Wenn auch nur in ähnlicher Gestaltung!

inne. Ich finde, daß es nicht nur in meinem, sondern auch in dem ganz llgemein verbreiteten Sinne kein Denken ist.

Eher könnte man versucht sein, mit *Bleuler* zu gehen, wenn er die infache Anwendung des Wissens von den Eigenschaften einer bestimmten ruppe oder Klasse von Objekten (von den in dem betreffenden Begriffe usammengefaßten Merkmalen) auf den speziellen Fall als Denken hintellt, — ist doch auch schon die Wahrnehmung selbst von einigen als „primäres Denken" aufgefaßt worden. Dies ist ganz richtig — logisch enommen, aber psychologisch, psychophänomenologisch genommen, ist on einem Denken in den Wahrnehmungs-, Erkennungs-, Wiedererkenungsvorgängen gemeinhin nichts zu bemerken. Die Psychologie ist s aber gerade, worum es sich für uns handelt.

Bleuler selbst sagt (S. 148): „Man denkt, wenn es sich um die Wurzeln ines Baumes handelt, nicht, „das ist ein Baum, jeder Baum hat unten Wurzeln, also hat das Ding unten Wurzeln", sondern man macht einfach lie gewohnte Assoziation „Baum unten Wurzeln", ganz wie man beim Perkutieren nicht denkt: „Das ist ein Mensch, jeder Mensch hat die Leber m rechten Hypochondrium, also muß ich im rechten Hypochondrium perkutieren", sondern die Vorstellung „Mensch" in Verbindung mit der Vorstellung „Leber perkutieren" läßt sofort durch die gewohnte Assoziation an die richtige Stelle gehen. Also kurz gesagt: Man denkt im Falle „Baum" nicht, sondern man macht einfach die gewohnte Assoziation; man denkt auch im Falle „Leber perkutieren" nicht, sondern assoziiert einfach in gewohnter Weise". „Man denkt nicht", d. h. für mich, daß in diesen Fällen ein Denken, psychologisch genommen, nicht vorliegt, daß diese Fälle in einer Diskussion über das Denken demnach auch keine Verwendung finden können; für *Bleuler* aber bedeutet das „man denkt nicht", daß der Vorgang, welcher in diesen Fällen an Stelle eines Denkvorganges vor sich geht, das Assoziieren, mit dem Denken identisch sei, daß also Denken ein Assoziieren sei. Aus der Gleichheit des Effektes allein schon auf Gleichheit des Effiziens zu schließen, ist falsch. Es liegt in den von *Bleuler* angeführten Fällen kein Denken vor, die Denktätigkeit wird gar nicht herausgefordert, weil keine Denkaufgabe erwächst, sondern das, was in anderen Fällen durch das Denken erreicht werden soll, bereits als fertiges Wissen in der Erfahrungsassoziation sich darbietet. — Das Denken wird erst herausgefordert, wenn wir vor Fälle gestellt werden, die sich nicht in den Rahmen des Gewöhnlichen fügen. Bekanntlich hat z. B. nicht jeder Mensch die Leber im rechten Hypochondrium; bei der völligen Transposition (situs inversus) liegt sie im linken. Mit der „gewohnten Assoziation" kommt man in einem solchen Ausnahmefalle nicht an die „richtige Stelle". Man wird stutzig, wenn man die erwartete Dämpfung nicht findet, sieht sich vor eine Denkaufgabe gestellt, forscht nach weiteren Befunden, überlegt, schließt auf Situs inversus.

Für *Bleuler* ist aber nicht nur das synthetische Denken, sondern das Denken in jeder Form, auch das analytische, ein Reproduzieren von „Verbindungen", das analytische deswegen, weil er „unter Verbindungen die logische Nebeneinanderstellung von Begriffen und anderer Psychismen versteht, wie sie eben das Denken zusammensetzen." Wieder steht es *Bleuler* frei, unter „Verbindungen" zu verstehen, was er will; daß aber



die erwähnte Darstellung des Sinnes der „Verbindungen" eine durchaus willkürliche ist, steht fest, desgleichen, daß ein derartiges willkürliches Hineinlegen des jeweils gebrauchten Sinnes in die Begriffe, die das Problem selbst einschließen, jede Diskussion unmöglich macht [1]).

Recht schwierig ist es, eine klare Orientierung darüber zu gewinnen, was *Bleuler* unter Logik versteht, und wie er sich das, was er an einer Stelle (Lehrbuch S. 17) die „logische Kraft" nennt, wirksam werdend denkt. „Das logische Denken ist eine Wiederholung, eine Ekphorie von assoziativen Zusammenhängen, die man früher erlebt hat, oder von ähnlichen, resp. analogen Zusammenhängen" (Lehrbuch S. 14). Im Buche über die Dementia praecox (S. 292) ist zu lesen, daß „die Formen unserer Logik nur die durch die Erfahrung gegebenen Assoziationen wiederholen oder Analogien dazu bilden." Desgleichen in der Schrift „Schizophrenie und psychologische Auffassungen" (S. 147): was die Logik ausmache, seien „aus dem Assoziationsvorgange sich von selbst ergebende Abstraktionen und Analogien". Und weiter (S. 148): „Es besteht (eben) kein Unterschied zwischen bloßer Assoziation und Denken nach einem Schema, weil schon die bloße Assoziation in jedem Einzelfalle „nach dem Schema" geht, oder richtiger das Schema nur eine Abstraktion des Verlaufes der Einzelfälle ist, und dieser ist die Wiederholung gleicher und analoger Erfahrungen."

Klar scheint mir zunächst zu sein, daß *Bleuler* einer streng empiristischen Auffassung der Logik huldigt. Daran Kritik zu üben, kann selbstverständlich nicht meine Sache sein. Angreifbar scheint mir dagegen die Überlegung zu sein, auf Grund deren er zu seiner Auffassung der Logik kommt. Er verwechselt nämlich offenbar die logische Richtigkeit mit der materialen Wahrheit (der „Übereinstimmung des Denkens mit dem Sein", mit der Erfahrung) [2]). Materiale Wahrheit kommt demjenigen Denkergebnisse (Urteil, Schluß) zu, das sich in die Erfahrung (Wirklichkeit) anstandlos eingliedert, resp. eingliedern läßt. Sie hat aber nicht bloß Logik (logische Richtigkeit) des Denkens zur Voraussetzung, sondern auch Richtigkeit der Prämissen. Sind die Prämissen falsch, so führt auch logisch richtiges Denken zu material falschen Ergebnissen. Werden nun aber die Prämissen unmittelbar aus der Erfahrung geschöpft, wie es *Bleuler* meint, wenn er von „einer Wiederholung,

---

[1]) *Bleuler* will ja übrigens zeigen, „wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden." Dazu ist diese Methode sehr geeignet.

[2]) Dies erhellt z. B. aus der Nebeneinanderstellung der Attribute „logisch" und „realistisch" in folgender Erklärung *Bleulers* (Lehrbuch S. 33): „Während das Denken, wie es gewöhnlich beschrieben ist, das logische, realistische Denken, eine möglichst genaue oder analoge Wiederholung von Vorstellungen ist, wie die Außenwelt sie bietet, gibt es noch ein anderes Denken, das in erster Linie von den Affekten dirigiert wird und sich um die Realität nicht kümmert, das autistische Denken." An anderer Stelle (S. 16) heißt es dort: „Im autistischen Denken sehen wir eine große Loslösung von der Erfahrung, die leicht zu Unsinn führt, der aber als Symbol seinen Sinn hat." Nebenbei bemerkt scheint mir „Unsinn, der Sinn hat", eine recht gewagte Konstruktion zu sein!



ner Ekphorie von assoziativen Zusammenhängen, die man früher erlebt at", von „durch die Erfahrung gegebenen Assoziationen", von „Erahrungsassoziationen" u. dgl. spricht, so ist — vorausgesetzt, daß die Erfahrung selbst „richtig" ist, die „Erfahrungsassoziationen" selbst „richtig" sind [1])! — zunächst wenigstens für die Richtigkeit der Prämissen eine relativ sichere Garantie geboten, und es hängt dann nur nehr von der Einhaltung der logischen Denkgesetze ab, ob das Denkergebnismaterial wahr ist oder nicht. Je mehr sich die Prämissen lagegen von der möglichst unmittelbaren — ganz kann sie es nie sein — Erfahrung entfernen, je mehr die Erfahrung, aus der sie stammen, bereits gedanklich verarbeitet ist, desto geringer ist die Garantie für materiale Richtigkeit der Prämissen, desto größer die Gefahr materialer Falschheit der Prämissen. Und wenn *Bleuler* sagt (Lehrbuch S. 16), daß „eine große Lösung von der Erfahrung ... leicht zu Unsinn führt", hat er ganz recht, — zumal er, wie aus seinen Beispielen für das „autistische Denken" (S. 33) hervorgeht, unter „Lösung von der Erfahrung" eigentlich Nichtberücksichtigung, „Ignorieren" der Tatsachen und Ausgehen von falschen („affektiv" verfälschten) Prämissen versteht. Mit einem Mangel an Logik braucht aber der „Unsinn", der sich aus dem autistischen Denken nach *Bleulers* Zeugnis leicht ergibt, gar nichts zu tun zu haben [1]), wenn ich es auch andererseits durchaus nicht etwa als ausgeschlossen hinstellen will, daß außer dem Ausgehen von falschen Prämissen gelegentlich auch noch unlogisches (u. a. „durch Affekte dirigiertes") Denken mit im Spiele sei. Denn, was *Bleuler* da als Unsinn bezeichnet, ist nichts anderes als die materiale Falschheit, die sich schon aus der Falschheit der Prämissen ergeben muß. Daß das zur Herbeiführung dieses Ergebnisses aufgewendete Denken an sich sogar zumeist logisch ist, geht daraus hervor, daß wieder nach *Bleulers* Zeugnis der „Unsinn", zu dem das autistische Denken „leicht führt", „als Symbol seinen Sinn hat". Wäre das Denken unlogisch, so hätte sein Ergebnis keinen Sinn, — auch als Symbol nicht. *Bleulers* Konstatierung, das autistische Denken führe leicht „zu Unsinn, der aber ... seinen Sinn hat", ist also bestenfalls ein witziges Wortspiel, darauf zurückzuführen, daß dem Worte Unsinn in diesem Falle eine andere Bedeutung zukommt (materiale Falschheit) als die des Gegenteiles der Bedeutung des Wortes Sinn (logische Richtigkeit).

Die Hauptsache ist aber nun wieder, daß *Bleuler* die Denkgesetze schon in den Assoziationsvorgang hineinverlegt. „Schon die bloße Assoziation geht in jedem Einzelfalle nach dem Schema'", wobei unter „Schema" die Denkgesetze, die Denknormen, zu verstehen sind. Wieder muß ich sagen, daß es *Bleuler* in der Hand hat, in den Assoziationsvorgang, da er ja theoretisch ist, hineinzulegen, was er will; aber den Vorgang,

[1]) Die „Erfahrung" ist oft eine recht trübe Quelle. Daß sie es sein kann, liegt daran, daß sie eben schon ein Denken, resp. Gedachtes enthält, welches wie alles Denken nicht immer logisch sein muß, sondern auch unlogisch sein kann.

[2]) Man müßte denn das Ausgehen von falschen Prämissen selbst schon auf Mangel an Logik zu beziehen versuchen, was aber nur bei durchaus willkürlicher Deutung des Sachverhaltes denkbar wäre.

in den man so viel hineinlegt, wie es *Bleuler* tut, dann noch Assoziationsvorgang zu nennen, ist m. E. doch wohl nicht mehr am Platze.

Übrigens ist *Bleuler* bereits nahe daran zuzugeben, daß es mit den Assoziationen allein doch nicht recht geht. „Es ist nun möglich, daß es auch ein so abstraktes Denken gibt, daß bei ihm diese Art des Schlusses nicht mehr ausreicht; in diesem Falle würde die Bildung von Wegen. die vom Inhalt weitgehend unabhängig sind (Normen) [1]), und deren Benutzung nötig. Ob das so ist und eventuell welche relative Bedeutung die beiden Denkarten haben, diese mir nicht gerade wichtig scheinende (? Verf.) Frage zu beantworten, habe ich noch keine Zeit gefunden" (S. 148). Schade! Wenn *Bleuler* die Zeit gefunden hätte, hätte er wahrscheinlich nicht nur herausgekriegt, daß es Normen des abstrakten Denkens gibt, sondern sogar auch, daß im Grunde nicht recht einzusehen sei, warum diese Normen, wenn sie nun schon einmal da sind, nicht auch für das konkrete Denken gelten sollten, und er hätte sich dieser Überlegung voraussichtlich um so bereitwilliger hingegeben, als es ihm doch sicherlich nicht schwer fallen dürfte, sich angesichts eines Besseren von seiner so überaus geschraubten Theorie der „aus dem Assoziationsvorgang sich von selbst ergebenden Abstraktionen und Analogien", die übrigens aus lauter unbewiesenen und unbeweisbaren Behauptungen besteht, zu trennen.

An der zitierten Stelle fährt *Bleuler* fort: „Ganz sicher ist mir, daß der Logiker die Bedeutung der Normen sehr überschätzt (was damit gemeint sein soll, ist schwer zu ergründen, Verf.). Jedenfalls aber hat er sie abstrahiert aus Denkformen, die der Mensch unbewußt zu seiner Benutzung geschaffen hat." Selbstverständlich; woher sollten wir denn sonst von den Normen wissen, als indem wir sie aus dem Denken des Menschen „abstrahieren", das sie schon seiner Natur nach anwendet. Daß sich der Mensch diese Denkformen „zu seiner Benutzung geschaffen hat", kann man, wenn man Empirist ist, annehmen, wird man als Rationalist verwerfen. Wenn schon das Assoziieren „nach dem Schema" geht, wie *Bleuler* will, ist ja das Schema (die „Normen") schon da; was hat da der Mensch also dann erst noch zu „schaffen"? Und ob das „Schaffen", wenn überhaupt von einem solchen die Rede sein kann, bewußt oder, wie *Bleuler* will, unbewußt vor sich geht, ist schon gar Nebensache; die Hauptsache ist: Gibt es „Normen" oder gibt es sie nicht? Und diese Frage ist *Bleuler*, wenn auch mit sichtlichem Widerwillen, nahe daran zu bejahen.

Bleuler nennt die hypothetischen „Normen" „Wege, die vom Inhalt weitgehend unabhängig sind". Ich sage „Psychologisch entsprechen diesen den Erfahrungsinhalten gleichsam entspringenden [2]) Bestimmungen des

[1]) Dies sagt derselbe *Bleuler*, der es zwei Seiten vorher unternimmt, das aktive Denken nach Normen, wie ich es annehme, zur „Psychomotilität mit logischen Leitschienen" (!) zu entstellen.

[2]) Diese Fassung findet *Bleulers* Beifall. Ich möchte ihn daher nicht im Unklaren darüber lassen, daß es mir nie einfiele, auch die Kategorien, darunter auch die Kausalität, wie dies *Bleuler* mir ganz unbegreiflicherweise versucht (Lehrbuch S. 14), aus den Erfahrungen abzuleiten, da sie



Denkens Strebungen (Intentionen, Intentionsfolgen) von bestimmter Richtung, die selbstverständlich im Wirkungsfalle nicht als solche bewußt werden müssen". (Die Schizophrenie ... S. 158). *Bleuler* spricht also von „Wegen", ich von „Intentionsfolgen"; da muß ich schon sagen, daß *Bleulers* ironisierende Redewendung von den „logischen Leitschienen", die ich seiner Angabe nach annehme, besser noch auf seine Darstellung der „Normen" paßt. Übrigens bin ich mit *Bleulers* prinzipiellem Zugeständnisse ganz zufrieden; mehr konnte ich angesichts seiner Grundanschauungen nicht erwarten.

Viele kleine Einzelheiten an den Ausführungen *Bleulers* rein psychologischen Inhaltes wären noch zu berühren; aber sie erledigen sich im Grunde durch das bereits Gesagte, besonders wenn es zusammengehalten wird mit dem, was ich in der von *Bleuler* kritisierten Arbeit vorgebracht habe. Nur eine Angelegenheit prinzipieller Natur möchte ich daher noch kurz berühren, bevor ich mich der Besprechung einer zweiten Gruppe der kritischen Bemerkungen zuwende.

Bleuler erklärt (S. 159): „Ich kenne das Triebleben mit seiner Aktivität und kann mir auch vorstellen, daß es z. B. einen Wahrnehmungstrieb gebe, ja daß in jeder Wahrnehmung selbst etwas Aktives liege — nur hätte ich für das letztere gern einige Wahrscheinlichkeitsbeweise." Ich wüßte gerne, wie sich *Bleuler* einen solchen Wahrscheinlichkeitsbeweis denkt, was er als Wahrscheinlichkeitsbeweis gelten lassen würde! Meine eigene Meinung geht dahin, daß es einen einzigen Beweisgrund für das Aktive in der Wahrnehmung wie in jeder psychischen Tätigkeit gibt, nämlich die Ergebnisse der Selbstbeobachtung. Wer die unmittelbare Gewißheit, die Evidenz dieser Ergebnisse als unleugbar erkennt, für den wird nicht nur der Wahrscheinlichkeits-, sondern der Gewißheitsbeweis erbracht sein. Wer sie aber in Abrede stellt, wer das „Aktivitätsgefühl" in der Bedeutung eines die Aktivität bekundenden „Gefühles"

---

doch, wie *Eisler* zusammenfaßt, „der Ichheit und dem Denken entspringen und in die Erlebnisse erst hineingelegt werden (apriorischen Charakter haben)". Desgleichen darüber, daß ich, wenn ich auch sage, daß die Bestimmungen des Denkens den Erfahrungsinhalten „gleichsam entspringen", weit davon entfernt bin, in seinem Sinne anzunehmen, daß „die Formen unserer Logik nur die durch die Erfahrung gegebenen Assoziationen wiederholen". Wenn die Denkformen aus unserer Erfahrung abstrahierbar sind, so setze ich dies darauf, daß sie in ihr bereits stecken, — und zwar deswegen in ihr stecken, weil sie bei der gedanklichen Verarbeitung des durch die Wahrnehmung Aufgenommenen zur Erfahrung bereits in Aktion sind; die „Form" unserer Erfahrung ist durch die Formen unseres Denkens vorausbestimmt. Daß wir aber in unserem über den einfachen Erfahrungserwerb hinausgehenden Denken die Logik einhalten, ist durch das einfache Gegebensein der „Gesetze des Denkens" noch nicht gesichert, verlangt vielmehr eine besondere Aufmerksamkeitsaufwendung zum Zwecke der Einhaltung dieser Gesetze oder, wie ich mich in der von *Bleuler* kritisierten Arbeit ausgedrückt habe, die Wirksamkeit von „Strebungen, (Intentionen, Intentionsfolgen) von bestimmter Richtung", d. h. im Sinne der Gesetze des Denkens.

leugnet, das Aktivitätsbewußtsein etwa nur als einen Bestandteil von Bewegungsempfindungen hinstellt, der uns psychische Aktivität sozusagen nur vortäuscht, für den wird auch nur der Wahrscheinlichkeitsbeweis kaum zu erbringen sein. Wie man sich zur Frage der Aktivität verhält, ist also letzten Endes Sache der Intuition. Voreingenommenheit im gegensätzlichen Sinne stört, behindert, ja verhindert unter Umständen das intuitive Erschauen. Auf Schritt und Tritt stößt *Bleuler* auf die Aktivität; aber er sieht sie nicht. Z. B.: Die „Geleise der Logik" sind identisch mit den Erfahrungsassoziationen [1]). Die „Geleise" an sich genügen aber nicht; es ist „ein dynamisches Etwas" (?) außerdem noch nötig, „das die durch Erfahrung gebildeten Assoziationen in ihren Bahnen hält" [2]), — die „Assoziationsspannung". Ist sie ungenügend, so stellt sich „autistisches" Denken ein; man beginnt „weniger scharf" zu denken und sich nicht genügend „an die Realität zu halten". „Durch diese Verhältnisse werden wir gezwungen, die Assoziationsspannung straffer zu halten, d. h. nur Erfahrungsassoziationen aufkommen zu lassen und das autistische Denken einzuschränken" (Störung der Assoziationsspannung usw., S. 15). „Wir werden gezwungen", die und die Tätigkeit zu entfalten, — anders könnte der Aktionspsychologe auch nicht sprechen! Daß diese Tätigkeitsentfaltung, diese Betätigung der Aktivität, darauf hinauslaufe, „die Assoziationsspannung straffer zu halten", ist eine Annahme, die sich aus *Bleuler*s Auffassung des Denkens als „Reproduktion von Erfahrungsassoziationen" meinetwegen ergeben mag. Aber selbst, wenn man sich Mühe gibt, diese ganze Exkursion ins Gebiet grauester Theorie [3]) mitzumachen, muß man doch wieder fragen: Wer ist es denn,

---

[1]) *Bleuler* bekräftigt diese kaum faßbare Behauptung in seiner Arbeit (S. 146) neuerdings.

[2]) Eine höchst merkwürdige Sache! Da die Assoziationen „Geleise" sind, ist also die „Assoziationsspannung" *Bleuler*s ein „dynamisches Etwas", das Geleise in ihren Bahnen hält. Wer sich dabei etwas denken kann?

[3]) Ganz klar ist diese Theorie offenbar auch ihrem Urheber nicht. Sonst könnte er nicht folgende Behauptung aufstellen: „Eine ganz leichte Schwächung der Schaltspannung kann (aber) bei intelligenteren Leuten geradezu ein Vorteil sein. Ist die Schaltfunktion zu straff, so kann das Denken sich zu wenig aus den eingeübten Bahnen entfernen." Es ist also, wie aus diesem Satze zu entnehmen ist, auch Wirkung der Assoziationsspannung, daß das Denken gezwungen wird, sich „in den eingeübten Bahnen" zu halten. Dieser Zwang würde jedenfalls jeder Neuschöpfung im Wege stehen; und es ist zweifellos eine „Voraussetzung höherer Intelligenz", daß dieser Zwang nicht zu weit gehe (nach meiner Ansicht wird der in den „eingeübten" Assoziationen liegende Zwang durch die Aktivität im Denken überwunden, u. zwar um so sicherer und durchgreifender, je höher die Intelligenz des Individuums, bzw. je größer und wirksamer seine psychische Aktivität ist). Wenn ich aber außerdem noch bedenke, daß nach *Bleuler*s Darstellung die Schwächung der Schaltspannung das Denken „weniger scharf" werden läßt und weiters zur Folge hat, daß sich das Denken „weniger an die Realität hält", so muß ich

der sich „gezwungen" sieht, und wer ist es denn, der unter diesem Zwange tätig ist, „straffer hält", „nicht aufkommen läßt", „einschränkt", — wer sonst, als das Ich mit seiner (psychischen) Aktivität? — Oder: „Sinkt die Assoziationsspannung in der Krankheit unter das Niveau, das unter gewöhnlichen Umständen noch ein logisches Denken erlaubt, so kann immer noch stärkere Anspannung durch den Willen, Interesse oder günstige Einstellung die Schwierigkeit seltener oder häufiger überwinden" (S. 20). Also der „Wille" — was ist das sonst als das im Sinne des Wollens aktive Ich? — vermag einen Schaden zu beheben, der aus einem Nachlassen der Assoziationsspannung resultiert. Muß da die psychische Aktivität nicht ein in demselben Sinne wie die durchaus problematische „Assoziationsspannung" wirkender Faktor sein? Und wenn wir schon einen solchen Faktor haben, der gleichsam zum Ersatz einspringen kann, der also sicherlich kann, was der theoretischen „Assoziationsspannung" zugeschrieben wird, nämlich die psychische Aktivität, wozu denn überhaupt die ganze Konzeption, — wenn nicht, um die dem Assoziationspsychologen odiöse Aktivität zu umgehen, die sich aber, wie figura zeigt, eben nicht umgehen läßt? —

Nun zu einem anderen Gegenstande! *Bleuler* versichert zu wiederholten Malen, sowohl in der ersten Arbeit (diese Ztschr., 74. Bd.) als auch in der zweiten (diese Ztschr., 76. Bd.), er bleibe mit seinen Ausführungen immer strenge auf dem Gebiete der Psychologie resp. Pathopsychologie. „Anatomische [1]) Vorstellungen macht man sich am besten nicht". Was er meine, seien „rein psychologische Begriffe". „Für mich ist der Assoziationsbegriff [2]) ein rein psychischer."

---

sagen, daß eine, wenn auch bloß „ganz leichte" Schwächung der Schaltspannung auch für intelligentere Leute" ein höchst zweifelhafter, höchst bedenklicher Gewinn ist. Gerade, wenn sich das Denken „aus den eingeübten Bahnen entfernt", ist es doppelt nötig, daß möglichst „scharf", möglichst streng logisch gedacht werde, und daß man sich beim Denken möglichst genau „an die Realität halte" (was eben etwas durchaus anderes ist, als das Sich-in-eingeübten-Bahnen-bewegen), — sonst ist das Denkergebnis auch bei intelligenteren Leuten mehr oder weniger blühender Unsinn.

[1]) Soll wohl besser heißen „somatologische Vorstellungen" — im Gegensatze zu den „psychologischen Begriffen".

[2]) Wie merkwürdig *Bleuler*s Assoziationsbegriff ist, geht aus folgender Stelle (II, S. 140) hervor: „Wenn der Resonanzboden den Ton d auf den Ton c folgen läßt, so ist das zunächst eine Art Assoziation, die sich aber von den psychischen Assoziationen wesentlich dadurch unterscheidet, daß sie nicht mnemisch fixiert wird." Ich meine, daß der Resonanzboden keine Assoziationen macht, sondern erst unsere Psyche, die die aufeinanderfolgenden Töne „assoziiert". Und wenn *Bleuler* an dieser Stelle fortfährt: „Etwas anderes kann der Psychologe unter Assoziation nicht verstehen, solange er die ihnen zugrundeliegenden Hirnvorgänge nicht kennt", so bekundet er damit sein „somatisches Vorurteil". Der,

Daß *Bleuler* auf diesem Standpunkte — den er in der gegen mich gerichteten Polemik besonders betont, weil er daraus einen Vorzug seiner Darlegungen gegenüber den meinigen ableiten will, die seiner Meinung nach vom somatischen Vorurteil beeinflußt sind — konsequent stehe, kann ich nun durchaus nicht konstatieren.

Schon bei der Darlegung, wie die „Analogien" aus dem Assoziationsvorgange „von selbst" hervorgehen sollen, stellt er den Reflexvorgang als den einfachsten Vorgang hin, „nach dessen Schema das Zentralnervensystem, und für uns damit auch die Psyche, operiert", und konstatiert, daß „das Nervensystem und ebenso die Psyche Ähnlichkeiten als Gleichheiten behandeln" müsse (II, S. 148). Ganz eklatant geht seine Inkonsequenz in der Einhaltung seines angeblich autopsychologischen Denkens daraus hervor, daß er nach Darstellung des Hervorgehens der Abstraktion aus dem Assoziationsvorgange erklärt: „Ich bin mir ganz klar, daß diese Ausführungen gar nichts Überzeugendes [1]) an sich haben; um sie ganz zu verstehen, muß man die elementaren Hirnvorgänge in ihrer Tragweite nach allen Richtungen gründlich durchdacht haben." Was das Durchdenken der Hirnvorgänge mit der reinen Psychologie zu tun haben sollte, wie an sich „gar nichts Überzeugendes an sich" habende rein psychologische Ausführungen auf dem Wege des Durchdenkens „elementarer Hirnvorgänge" verständlich werden sollen,, ist mir und wohl jedem Psychologen unverständlich! — Und solches ist zu lesen in einer Schrift, in der *Bleuler* geradezu darauf ausgeht, zu zeigen, wie er — im Gegensatze zu mir — höchstens „beiläufig" von irgendwelchen Vorgängen resp. Störungen „in der Rinde" spreche, da man die psychischen Funktionen ‚in die Rinde' zu verlegen pflege" (II, S. 160)!

Trotz solcher eigener Exkursionen ins somatische Gebiet wendet sich nun *Bleuler* gegen meine physiologische Theorie der (psychischen) Aktivität mit den Worten: „Nicht ich (*Bleuler*) mache mir anatomische Vorstellungen, sondern *Berze* mit seiner Zentralfunktion im Stamm und Ableitung einzelner Ideen [2]) aus dem Plan des Gehirns" (II, S. 160). Dabei übersieht er noch dazu, daß er etwas von Haus aus als unmöglich Erkennbares angeht, wenn er die psychischen Vorgänge Abstraktion oder „Analogie" (*Bleuler*) mit gewissen „elementaren Hirnvorgängen" in Beziehung zu bringen sucht, während ich etwas von Haus aus gewiß Mögiches unternehme, wenn ich eine Theorie über die Art der Einordnung

---

für den der Assoziationsbegriff wirklich ein rein „psychischer" ist, wird niemals von der Hirnphysiologie eine weitere Klärung oder Ausbildung dieses Begriffes erwarten.

[1]) *Bleuler* freilich ist überzeugt, findet daher — und weil ihm noch manches andere in der gleichen „gar nichts Überzeugendes an sich habenden" Art gelingt —, daß „hinter dem Denken nichts als Erfahrungsassoziationen zu finden" seien. Aber für andere hat er diesen Beweis nicht erbracht!

[2]) Von dieser irrigen Darstellung kann ich mit Rücksicht auf das oben bereits Gesagte hier absehen.



des psychokortikalen Apparates in die Gesamtheit des zerebralen Zentralapparates aufstelle und vertrete.

Der Gedanke, daß von dem Studium der Hirnrindenvorgänge eine Stützung oder Klärung unserer psychologischen Begriffe zu erwarten sei, liegt mir völlig fern. Nicht nur, daß uns „nicht ein einziger bestimmter Hirnvorgang bekannt ist, der einem bestimmten seelischen Vorgang als direkte Parallelerscheinung zugeordnet wäre" (vgl. *Jaspers*, Allg. Psychopathol. S. 9), — es ist meine feste Überzeugung, daß es in der Natur der Sache gelegen sei, daß uns niemals ein bestimmter Hirnvorgang bekannt werden könne, der diese Bedingung erfüllte. Einzig und allein die psychologische Analyse ist es, von der wir m. E. jenen Fortschritt zu erwarten haben. Ich bin mir auch nicht bewußt, in den Arbeiten, auf die sich *Bleulers* Polemik bezieht, irgendeine diesen Grundsätzen widersprechende Behauptung aufgestellt zu haben. Wenn *Bleuler* (II, S. 152) anführt: „. . . und namentlich können wir uns nicht recht vorstellen, wie außer dem Organ der Vorstellungen Bewußtsein, Triebe und ähnliches „lokalisiert" sein soll, da uns diese Dinge vorläufig untrennbar mit den Vorstellungen, mit der Orientierung in Ort und Zeit usw. verbunden, ja als „Eigenschaften" dieser Psychismen erscheinen", so muß ich ihm zurücksagen, daß ich mir etwas derartiges nicht nur „nicht recht", sondern überhaupt nicht vorstellen kann, und daß die Tatsache, daß er mir derartige Vorstellungen zuzuschreiben berechtigt zu sein glaubt, nur darauf zurückzuführen sein kann, daß er meine Theorie von Grund auf falsch verstanden [1]) und, wie mir scheint, außerdem mit von anderer Seite vorgebrachten Anschauungen zusammengeworfen hat.

Aber man darf m. E. nicht vergessen, daß dem, dessen Beobachtungsgegenstand nicht das Psychische allein, sondern der Mensch mit seiner Psyche, aber auch mit seinem Leibe ist, also vor allem dem Physiologen und Pathologen, nicht nur die Aufgaben der reinen Psychologie, bzw. Psychopathologie, erwachsen, sondern daß es ihm auch obliegt, zumindest nach den Wegen, auf denen die, eine notwendige Voraussetzung des individuellen psychischen Lebens bil-

[1]) Es scheint mir übrigens, daß das Mißverständnis, dem *Bleuler* unterworfen ist, bei ungenauer Erfassung meiner Theorie nahezu unvermeidlich ist. Schon als ich die erste Gelegenheit hatte, sie im Zusammenhange vorzutragen (1913), erklärte ein hochbedeutender Forscher auf dem Gebiete der Hirnanatomie, meine psychologischen Ausführungen gefielen ihm recht gut, aber gegen mein Unternehmen, den Willen im Thalamus zu lokalisieren (!), müsse er sich von seinem Standpunkte aus aussprechen.



denden Beziehungen zwischen dem Psychischen und dem Physischen hergestellt werden, sowie nach den physischen Bedingungen des psychischen Lebens des Individuums überhaupt, d. h. ohne Beziehung auf bestimmte psychische Einzelvorgänge, zu forschen.

Kein anderes Streben war es aber, daß schließlich in meiner Theorie (in der Gestalt, wie ich sie in „Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität ..." vorgebracht habe) seine vorläufige Erledigung gefunden hat. Ein Weg vom Körperleben zum Seelischen liegt klar, er ist durch die Sinneseindrücke gegeben. Aber gibt es nicht noch einen anderen? Meiner Meinung nach: ja. Den Weg, der durch die Triebe gegeben ist, — und dies ist die Grundlage meiner Theorie. Wozu soll dieser zweite Weg dienen? Wird auf dem ersten Wege dargeboten, was Gegenstand eines Wahrnehmungsaktes und in weiterer Folge auch anderer Akte werden kann, so wird auf dem zweiten Wege bewirkt, daß das geistige Wirken überhaupt in Erscheinung tritt, daß also Akte überhaupt erfolgen, daß zurzeit überhaupt wahrgenommen, gedacht, gewollt wird, und wird unter gewissen (zu besprechenden) Umständen zugleich ein Faktor wirksam, der unter den Faktoren, durch welche bestimmt wird, worauf die psychische Aktivität zurzeit gerichtet wird, eine beträchtliche Rolle spielt. Beide eben genannten Wirkungen sind freilich in der voll entwickelten Psyche nicht immer in überzeugender Weise aufzuzeigen. Klar ersichtlich sind sie auf primitiver Entwicklungsstufe des Geistes. Das gesunde und ungestörte Neugeborene erwacht, d. h. gerät in den Zustand psychischer Aktivität immer nur dann, wenn es hungrig ist, und was sein Bewußtsein ausmacht, ist einzig und allein der Trieb nach Nahrung. Allmählich immer mehr überdauert der Wachzustand die Zeit der Wirksamkeit des Nahrungstriebes in die Phase der Sättigung hinein, — dies deswegen, weil immer mehr auch noch andere Triebe zur Geltung kommen, wie der Trieb [1]), die eigenen Muskeln aktiv zu gebrauchen, der Trieb, die Sinnesorgane zu beschäftigen, sowie die zur möglichst genauen Eindruckserfassung nötigen Einstellungs-(Adaptations-)Bewegungen der peripheren Sinnesapparate zu intendieren. Immer ist also in auf dieser Stufe klar ersichtlicher Weise nicht nur, daß überhaupt Bewußtsein ist, sondern auch in welchem Sinne Aktivität (Bewußtseinstätigkeit) entfaltet wird, durch den jeweils wirksamen Trieb bestimmt. Stellen wir der Psyche des Neugeborenen die des voll entwickelten Individuums gegenüber, so ist der ganze Zusammenhang nun allerdings undurchsichtig geworden; nichtsdestoweniger haben wir aber keinen Grund anzunehmen, daß er inzwischen ein prinzipiell anderer geworden sei. An Stelle des primitiven Trieb-Bewußtseins ist im Laufe der geistigen Entwicklung das Bewußtsein des seine Einheit und Identität bewahrenden Ich mit seinen zahlreichen in den Ideen liegenden Betätigungsmöglichkeiten getreten, und bei jedem Erwachen steht dieses Ich auch sozusagen auf dem

[1]) Wenn ich das Wort Trieb gebrauche, meine ich immer die Gesamtheit einer Unzahl von einzelnen motorischen Impulsen, die einem bestimmten Triebe dienen. „Trieb" ist also für mich ein Sammelbegriff, eine Abstraktion aus ungezählten Triebregungen (Untertrieben).



Plan mit allen seinen Tätigkeitsdispositionen. Aber es spricht nichts dagegen, daß hinter dem voll entwickelten Ich als Antrieb auch nichts anderes stecke [1]) als hinter dem primitiven Trieb-Bewußtsein. Unter gewöhnlichen Verhältnissen ragt kein einzelner Trieb, sozusagen die Situation beherrschend, aus der Gesamttriebmasse hervor; als „psychischer Trieb" wirksam werdend, bringt sie das Ich zur Entfaltung der Aktivität im Sinne der habituellen und der durch die jeweilige Situation aus der Latenz gehobenen Ideen. Tritt aber einer der Triebe aus der Gesamttriebmasse die Situation beherrschend in den Vordergrund, so nähert sich das Ich im entsprechenden Maße dem primitiven Trieb-Ich, die psychische Aktivität ist durch jenen Trieb zugleich auf eine bestimmte Richtung gebracht, gleichsam in den Dienst des Triebes gestellt, das Bewußtsein, bzw. die Betätigungsmöglichkeit des Ich, ist auf den Trieb „eingeengt". Zwischen diesem extremen Zustande und dem, den ich oben als den gewöhnlichen hingestellt habe, gibt es alle Übergänge, Zustände, in denen das Ich wohl bis zu einem gewissen Maße durch den Trieb vorbestimmt ist, aber doch noch als Träger habitueller und aktueller Ideen in einem gewissen Maße fähig ist, dem Triebe gegenüber Stellung zu nehmen, zu „überlegen" und sich entweder im Sinne des Triebes oder gegen ihn zu entscheiden, zu „entschließen".

Wenn ich sagte, daß zwei Wege vom Körperlichen zum Seelischen führen, nämlich erstens der durch die Sinneseindrücke, zweitens der durch die Triebe gegebene, so meinte ich in beiden Fällen zunächst rein körperliche Vorgänge, auf denen erst in weiterer Linie psychische Wirkungen beruhen, und zwar auf den Sinneseindrücken (Impressionen) die Empfindungen, d. i. das Material, welches durch entsprechende psychische Akte, wenn sie erfolgen, Inhalt des Gegenstandsbewußtseins wird, auf den als Impulse körperlich motorischer Art zu denkenden Trieben das Einsetzen und die Entfaltung der psychischen Aktivität selbst, das Vorsichgehen der Akte selbst, in denen die bewußte Vergegenständlichung des Empfindungsmateriales erfolgt, sowie der Akte, die sich sonst noch abspielen mögen. Die Triebe (körperliche Impulse im Sinne der Instinkte) konstituieren also nach meiner Auffassung die psychische Aktivität nicht, machen sie nicht aus, setzen sie nicht zusammen, sondern bringen sie nur zur Entfaltung und determinieren in einem gewissen Maße auch die Richtung ihrer Entfaltung. *Kronfeld* irrt also, nebenbei bemerkt, wenn er meint, daß ich mir der Grenzen nicht bewußt sei, welche der „somatologischen Deutung" gezogen sind, wenn er mich unter diejenigen rechnet, die sich mit der Hoffnung tragen, auch der Apperzeptionsbegriff, den sie „als Tribut besserer eigener psychologischer Einsicht" mit in ihr Schema aufnehmen, „werde sich wohl noch physiologisch interpretieren und unterbringen lassen", und wenn er mir die Absicht zuschreibt, „die Intentionalität, diesen Grundbegriff phänomenologischer Analyse des seelischen Geschehens, ... lokalisatorisch zu plazieren und mit dem alten Schema zu verbinden" (loc. cit., S. 249). In dem Sinne, in dem *Kronfeld* die

[1]) Oben habe ich gesagt, daß die Ergründung der Provenienz der psychischen Aktivität über den Rahmen der reinen Psychologie hinausgehe. Was hier vorgebracht wird, ist Theorie.



physiologische Interpretation meint[1]), läßt sie sich nicht nur für den Apperzeptionsbegriff oder für die Intentionalität nicht geben, ist der Versuch einer solchen vielmehr auch dem einfachsten psychischen Vorgange gegenüber ein geradezu unsinniges Unterfangen. Aber gibt es nicht auch noch einen anderen Sinn des Forschens nach einer physiologischen Deutung gerade des Grundbegriffes „phänomenologischer Analyse des seelischen Geschehens"? Ich meine: ja, und zwar ist es eben der, nach der Art zu forschen, in der sich das geistige Leben (die psychische Aktivität, die Intentionalität) in die Gesamtheit der Lebenserscheinungen, von der das geistige Leben ja gleich dem körperlichen nur ein Teil ist, einfügt, in welchen Beziehungen es zu diesem (und umgekehrt dieses zu ihm) steht, in welcher Weise es vom körperlichen Leben (und umgekehrt dieses von ihm) abhängig ist usw. Ich finde, daß der Versuch einer physiologischen Deutung der psychischen Aktivität in diesem Sinne — und nur in diesem Sinne war es von mir gemeint — nicht nur aller Theorie gegenüber seine Berechtigung behaupten kann, sondern auch von der größten Wichtigkeit ist, freilich nicht für die reine Psychologie, die damit — dies gebe ich *Kronfeld* ohne weiteres zu — nicht um einen Schritt weiterkommt, wohl aber für die auf den „Gesamtzusammenhang der Erfahrung" gerichtete Biologie. Weder die ausschließlich somatologische, noch die ausschließlich psychologische Einstellung kann ihr genügen, sie verlangt eben die biologische Einstellung, also unter anderem: Erforschung der körperlichen Bedingungen[2]) (nicht „Korrelate"!) des Psychischen (wie auch der psychischen Bedingungen des Körperlichen).

Es bleibt selbstverständlich ein unlösbares Rätsel, wie es die den Trieben entsprechenden körperlich-motorischen Impulse machen, daß sie die Intentionalität, und damit das psychische Leben[3]) auslösen. Aber

---

[1]) D. i. im Sinne der Konstruktion „materieller Abläufe", zu deren „wesenlosem Epiphänomen das Seelische wird".

[2]) Meine physiologische Theorie der psychischen Aktivität, die *Kronfeld* irrigerweise als einen Versuch, die Intentionalität „lokalisatorisch zu plazieren", hinstellt, überschreitet die Grenzen dieses Gebietes nicht. Zu den körperlichen Bedingungen normaler Bewußtseinstätigkeit gehört nach dieser Theorie eine zureichende Aktivierung des psychophysischen Rindenapparates von gewissen subkortikalen Gebieten her. Pathologische Herabsetzung des Wirkens dieses aktivierenden Faktors macht (primäre) Insuffizienz der psychischen Aktivität.

[3]) Nur anscheinend begreiflicher wird die Sache, wenn wir anstatt „Intentionalität" und „psychisches Leben" die somatischen Vorgänge setzen, die „von innen gesehen" sich eben als psychische, als Intentionalität, darstellen. Aber unanfechtbarer ist diese Fassung sicherlich. *Bleuler* führt dies in einer älteren Arbeit „Psychophysischer Parallelismus und ein bischen andere Erkenntnistheorien" (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane, Bd. 41, H. 1) vortrefflich aus: Nach der „in den naturwissenschaftlichen Kreisen geläufigen Auffassung" „wären die psychischen Vorgänge bestimmte Hirnrindenprozesse, von innen gesehen', neben diesen gäbe es noch eine viel größere Anzahl von Vorgängen, an denen wir keine psychische Seite erkennen oder mit Sicherheit erschließen können".

daß wir dieses Rätsel nicht lösen können, kann kein Grund sein, die einmal erkannte Tatsache zu leugnen, daß sie es machen. Wir wissen auch nicht, wie es die rein körperlichen Sinneseindrücke machen, daß sie, diese „unselbständigen Materien", zu Wahrnehmungsinhalten werden, beziehungsweise wie es geschieht, daß sich „die Intentionen an ihnen realisieren". Dieses Nichtwissen und, wie wir wohl sagen dürfen, Nichtwissenkönnen kann uns aber nicht bestimmen, an der Tatsache vorbeizugehen.

Mit Recht sagt *Kronfeld* (loc. cit., S. 174): „Das intentionale oder noetische Moment, als das konstitutive Wesensmerkmal des psychischen Geschehens als einer Tätigkeit, ist ganz inkommensurabel mit irgendeiner anderen Sphäre, etwa von Impressionen oder Elementen." Aber, was *Kronfeld* da sagt, gilt nur vom Standpunkte der reinen Psychologie. Bei gesamtbiologischer Einstellung zeigt sich die Sache in einem ganz anderen Lichte. Der Rindensphäre, in der sich die, das somatische Korrelat des psychischen Geschehens bildenden Vorgänge abspielen, der intentionalen Sphäre, wie ich sage, kann dann ganz gut die Rindensphäre gegenübergestellt werden, in der die rein körperlichen (apsychischen) Sinneseindrücke (Impressionen) aufgenommen werden, die impressionale Sphäre, wie ich sage. Und wenn auch die „Intentionen" selbst den Impressionen nicht vergleichbar sind, weil die ersteren ein psychisches Geschehen, die letzteren ein körperliches Sein bedeuten, so sind doch andererseits jene körperlich-motorischen Impulse, die nach meiner Theorie in der „intentionalen Sphäre" wirksam werdend die Aktivierung und zum Teil auch die Determinierung der „Intentionalität" ergeben, den Impressionen als körperlich-sensorischen Eindrücken ganz anstandlos vergleichbar. Wenn also *Kronfeld* meinen Standpunkt begreifen will, wenn er einsehen will, mit welchem Rechte ich, wie er anführt, von „intentionaler" und „impressionaler" „Sphäre" als koordinierten Geschehensgebieten spreche, braucht er nur zu bedenken, daß einer physiologischen Theorie gegenüber die ausschließlich psychologische Einstellung nicht am Platze ist. Hat er sich damit von dem Irrtum be-

---

„Unter dieser Voraussetzung kann man auch von einer Einwirkung der einen Reihe auf die andere sprechen in dem Sinne, daß der physische Sinnesreiz .... diejenigen Funktionen beeinflusse, die von innen gesehen psychisch sind, und daß umgekehrt diese Gruppe von Gehirnfunktionen auf unsere Muskeln und dadurch auch auf die übrige Außenwelt einwirke. Der Ausdruck: „Beeinflussung des Psychischen durch das Physische und umgekehrt" ist dann eine Art Abkürzung, die vollständiger bezeichnet werden könnte als Einfluß der gewöhnlichen physikalischen Vorgänge, z. B. der Lichtschwingungen, auf die von psychischen Erscheinungen „begleiteten" Gehirnfunktionen und umgekehrt" Zu Mißverständnissen führt diese Ausdrucksweise, der „eine gewisse Berechtigung" nicht abgesprochen werden kann, freilich leicht. „Man vergißt eben gar zu leicht, daß „das Psychische" in diesem Fall eigentlich diejenigen Hirnfunktionen bezeichnet, die auch innerlich wahrgenommen werden können, während „das Physische" diejenigen Vorgänge in sich begreift, denen wir keine psychische Seite zuschreiben mögen".



freit, daß ich die „Intentionalität" selbst, diesen „Grundbegriff phänomenologischer Analyse des seelischen (! Verf.) Geschehens", in der intentionalen „Sphäre" „lokalisieren" wolle, hat er erfaßt, daß sich nach meiner Auffassung in dieser Sphäre genau so Körperliches abspielt (motorische, den „organischen" Trieben entstammende Wirkungen) wie in der impressionalen (sensorische, den Dingkräften entstammende Wirkungen), so wird er daran, daß ich die beiden Sphären als koordinierte Geschehensgebiete hinstelle, keinen Anstoß mehr nehmen können, — auch dann nicht, wenn ich das körperliche Geschehen in der intentionalen Sphäre insofern mit dem psychischen Geschehen, der „Intentionalität", in eine besonders nahe Beziehung bringe, als ich das erstere als eine conditio sine qua non des letzteren ansehe.

Man sollte, meine ich, endlich darüber hinaus sein, an die Möglichkeit der Lokalisation eines Psychischen überhaupt auch nur zu denken; man sollte aber auch darüber hinaus sein, gegen einen Autor, der darauf ausgeht, die körperlichen Bedingungen des Psychischen zu erfassen, mit dem Hinweise auf jene Trivialität zu Felde zu ziehen oder von ihm die immer wieder ad actum wiederholte ausdrückliche Betonung zu verlangen, er habe es bei seinen somatischen Erwägungen nicht auf das Psychische selbst, sondern eben nur auf einen Teil, den somatischen Teil, seiner Bedingungen abgesehen, bzw. ihn durch die ihm immer wieder gezeigte Gefahr des Vorwurfes der psychologischen Problemen gegenüber unangebrachten, ausschließlich „somatologischen Einstellung" zu einer Darstellung zu nötigen, die, indem sie durch die auf Schritt und Tritt eingehaltene Bedachtnahme auf die Abwehr jenes Vorwurfes mitbestimmt wird, nur breitspuriger und schwerfälliger werden, auf keinen Fall aber an Durchsichtigkeit und Deutlichkeit gewinnen kann.

Woher stammen nun, woher kommen jene körperlich-motorischen Impulse, die in der intentionalen Sphäre [1]) der Rinde wirksam werdend das psychische Leben auslösen? Ich vertrete die Meinung, daß sie aus subkortikalen Zentren kommen, in denen Sinnesreize mit motorischen Impulsen beantwortet werden, welche nicht nur direkt auf den Bewegungsapparat wirken, sondern auch sozusagen den Umweg über die Rinde einschlagen und so in dieser wirksam werden (Näheres darüber u. a. in meiner kleinen Arbeit im 75. Bande dieser Zeitschrift). Das motorische Moment im Körperlichen wird zum aktiven Moment im Psychischen. Alle Aktivität ist sozusagen ins Psychische transformierte Motilität.

Es ist mir unerfindlich, wie man angesichts dieser meiner Aufstellungen davon sprechen kann, daß ich „außer dem Organ der Vorstellungen Bewußtsein, Triebe und ähnliches" zu „lokalisieren" versuche (*Bleuler* II, S. 152). Was *Bleuler* in diesem Satze unter dem „Organ der

[1]) Als solche spreche ich, wie ich für diejenigen, die meine Arbeiten über den Gegenstand nicht kennen, kurz sagen möchte, die oberen Schichten (I. bis III. nach der *Brodmann*schen Einteilung) an, die einen geschlossenen „inter- und intrakortikalen Assoziationsapparat" (*v. Monakow*) von über den ganzen Kortex hin (mit Ausnahme des Gebietes der Ammonsformation und wahrscheinlich auch der „retrosplenialen Hauptzone") durchgängig gleichartiger Struktur bilden.



Vorstellungen" versteht, vermag ich nicht recht festzustellen. Es könnte sein, daß er meine „impressionale Sphäre" meint; dann irrt er aber, wenn er mir diese Meinung zuschreibt. Ich halte die impressionale Sphäre nicht für das „Organ der Vorstellungen". Was die impressionale Sphäre nach meiner Auffassung birgt, das sind die rein körperlichen Impressionen, die durchaus noch apsychischen Sinneseindrücke. Und die Berechtigung, sie überhaupt schon zum psychozerebralen Apparate zu rechnen, finde ich nur darin, daß die apsychischen Sinneseindrücke, deren Träger sie ist, den Inhalt psychischer Akte (Wahrnehmungsakte usw.) zu bestimmen vermögen. Aber diese Akte selbst spielen sich nicht mehr in ihr ab, sind vielmehr Wirkungen der in der intentionalen Sphäre wirksamen (psychischen) Aktivität. Ich „lokalisiere" also nicht die Vorstellungen hier (in der impressionalen Sphäre), das Bewußtsein dort (in der intentionalen Sphäre), sondern verlege alles Psychische, ob nun Wahrnehmung, Vorstellung, Gedanke, Streben oder was immer, als Aktmäßiges in die intentionale Sphäre, in der es nach meiner Ansicht eine Lokalisation überhaupt nicht gibt, und lokalisiere überhaupt nur die Impressionen (und die motorischen Innervationen), und zwar in der impressionalen Sphäre [1]), in der es nach meiner Ansicht allein Lokalisation gibt. — Es könnte aber auch sein, daß *Bleuler* unter dem „Organ der Vorstellungen" schlechthin die Rinde meint, und daß seine Annahme, daß ich „außer" diesem Organe „Bewußtsein, Trieb und ähnliches" lokalisieren wolle, darauf zurückzuführen ist, daß er die Rolle mißdeutet, welche ich jenen subkortikalen Zentren zuschreibe. Wie aus meinen Ausführungen, in dieser Arbeit und in verschiedenen anderen, klar hervorgegangen sein dürfte, „lokalisiere" ich in diesen Zentren nichts anderes, als von in ihnen Lokalisierbarem feststeht, denke nicht im entferntesten daran, Psychisches in ihnen zu lokalisieren, bringe ihre Funktion mit der des psychokortikalen Apparates nur in dem Sinne in Zusammenhang, daß ich aus ihr den Antrieb zu letzterer ableite, den ich mir, wie mehrfach betont, als apsychisch, als körperlich-motorisch, wie er eben den organischen Trieben entspringt, denke. Erst die unter der Wirkung dieses Antriebes im psychokortikalen Apparate vor sich gehenden Prozesse sind es, „die auch innerlich wahrgenommen werden können", die also dem Psychischen entsprechen. Darauf reduziert sich, was *Bleuler* als die Annahme einer „zentralisierten Aktivität" bezeichnet, die er „den Aktivitätspsychologen" zuschreibt.

Ganz einverstanden bin ich mit *Bleuler*, wenn er erklärt, daß die angeborene Fähigkeit, „gerade die üblichen und nützlichen Verbindungen zu begünstigen", womit er die Instinkte umschreibt [2]), „wieder aus der

[1]) Darunter verstehe ich die IV. bis VI. Schicht (nach der *Brodmann*schen Einteilung), welche mit den in sie vom Marke her einstrahlenden langen Fasern zusammen einen geschlossenen Apparat, den „Projektionsapparat" bilden, der „sich experimentell-tektonisch aus dem übrigen Kortexgrau gleichsam „herausschälen" läßt" (*v. Monakow*).

[2]) Dies geht besonders aus der Fußnote hervor: „Man denke an die Tiere, wo nicht nur Verbindungen, sondern gleich Inhalte angeboren sind. Das Tier ‚weiß', was es von den hunderttausend Dingen fressen darf und was nicht, welches Tier es zu fürchten hat usw."



Erfahrung abgeleitet werden muß, nur aus der phylogenetischen statt aus der individuellen" (II, S. 153). Woher sollte sie auch sonst kommen als aus der phylogenetischen Entwicklung, für deren Gang selbstverständlich die „Erfahrung" bestimmend ist? Aber über die Fragen, was wir uns denn eigentlich unter jener „Fähigkeit" vorzustellen haben, auf welche Weise sie aus der „Erfahrung" hervorgeht usw., komme ich nicht so einfach hinweg wie *Bleuler*, der die Sache damit für erledigt hält, daß er erklärt, „natürlich" müßten „in unserem Seelenorgan Einrichtungen vorhanden sein", müßten „Anlagen" da sein, die all dem zugrunde liegen, was man unter jener „Fähigkeit" verstehen kann. Es ist schwer, wenn überhaupt möglich, sich unter einer von Haus aus gegebenen, phylogenetisch überkommenen Anlage des „Seelenorganes", die es als Funktion ergibt, „gerade die üblichen und nützlichen Verbindungen zu begünstigen", etwas vorzustellen. Eines Faktors bedarf es m. E., der diese „Ordnung und Auswahl" trifft, und diesen Faktor erblicke ich in dem, zunächst bloß durch die aus den organischen Trieben hervorgegangenen psychischen Strebungen, später außerdem durch die aus diesen primären Strebungen durch Transformation unter Verwertung der individuellen Erfahrung hervorgegangenen Ideen bestimmten (aktiven) Ich. Gegen die Annahme von im „Seelenorgane" selbst von Haus aus schon bestehenden Einrichtungen mit dem erwähnten Effekt sträubt sich mein Gefühl — erstens, weil diese „Einrichtungen" eine verteufelte Ähnlichkeit haben mit den meiner Ansicht nach mit Recht verpönten „angeborenen Ideen"[1], zweitens, weil ich meine, daß wir es gar nicht nötig haben, zu einer solchen Annahme zu greifen, da wir das Positive, Fertige, Dispositionelle, Tendierende, Kraftentfaltende, dessen offensichtliches Gegebensein eben zur Konzeption der „angeborenen Ideen" geführt hat, ja schon haben, und zwar, wie ich meine, eben in den aus subkortikalen Zentren stammenden motorischen Impulsen, die dem „Seelenorgane" als Ergebnisse der Eigenkraft des Organismus gerade so zufließen wie auf der anderen Seite die Impressionen als Ergebnisse der Dingkräfte.

Gegen diese letztere Annahme selbst, die sozusagen den Hauptzug meiner Theorie ausmacht, hat *Bleuler*, wie ich sehe, keine wesentlichen Einwände. Im Gegenteil, seine Ausführungen zu diesem Punkte (II S. 152) vertragen sich recht gut mit meiner Auffassung. „Es ist nun wahrscheinlich, nicht aber bewiesen, daß von lebenswichtigen ‚Zentren' ... besonders häufige und starke Anreize auf andere Apparate und damit gewiß auch auf die Hirnrinde übergehen." Ich meine, daß die Bedeutung dieser Anreize so auf der Hand liegt, daß man Beweise eigentlich vielmehr von denen zu fordern hätte, die diese Anreize und ihre Bedeutung nicht entsprechend in Rechnung ziehen. Ein wesentlicher Differenzpunkt zwischen *Bleuler* und mir besteht übrigens noch darin, daß *Bleuler* bloß an gelegentliche, wenn auch „häufige" Anreize (aus den lebenswichtigen

[1]) Ob das, was den „angeborenen Ideen" zugeschrieben wird, auf „Einrichtungen im Seelenorgan", auf eine Art Wissen (vgl. die vor. Fußnote) oder geradenwegs auf Ideen zurückgeführt wird, ist nämlich wirklich herzlich gleichgültig. An formulierte, bewußte angeborene Ideen denkt ja ohnehin niemand!

Zentren auf die Hirnrinde übergehend) denkt, während ich der Meinung bin, daß es keine Tätigkeit des „Seelenorganes" ohne solche Anreize gibt, daß der physiologische Wachzustand dieses Organes auf permanenter Zuleitung solcher Anreize (stammend aus der permanenten Einwirkung der Sinneserregungen auf die diese in motorische Impulse umsetzenden subkortikalen Zentren) beruht, daß umgekehrt der Schlafzustand dieses Organes dann eintritt, wenn die Zuleitung dieser Anreize unterbleibt[1]. „Es ist auch denkbar, daß das Organ, das die Individualerfahrung mnemisch registriert und als Assoziationen und Denken weiter benützt, die Hirnrinde, keine Spontaneität besitze, und wir haben keine Beweise, daß die einfachsten Funktionen, Empfinden im allgemeinsten Sinne, die Affektivität, die Strebungen und Triebe, auch in die Rinde hinaufgewandert seien, ja von der Affektivität wissen wir, daß sie noch starke, wenn auch nicht klar erfaßbare Beziehungen zur Thalamusgegend hat; und sie ist so untrennbar mit Aktivität und psychischer Energie verbunden, daß die bequemste Formulierung unserer jetzigen Kenntnisse die ist, beide Dinge seien nur von uns herausgehobene Seiten des nämlichen Vorganges der Annahme und Ablehnung aktueller oder vorgestellter Verhältnisse." Hinsichtlich der „Affektivität" und ihres Verhältnisses zu den „Strebungen und Trieben" habe ich in der Tat, wie *Bleuler* hervorhebt, eine andere Vorstellung als er, indem ich vor allem daran festhalte, daß sie nicht zusammengeworfen werden dürfen, und daß der Affektivität auch ein ganz anderer somatischer Mechanismus entspricht als den Strebungen und Trieben. Sonst aber könnte ich den ganzen Passus, abgesehen noch von kleinen Abweichungen terminologischer Art, unterschreiben. Weil wir keine Beweise dafür haben und weil wir, wie ich noch hinzufügen möchte, auch gar keine Veranlassung dazu haben, nehme ich erst gar nicht an, daß die einfachsten Funktionen, darunter die Strebungen und Triebe primitiv organischer Art, in die Rinde hinaufgewandert seien, gehe vielmehr davon aus, daß die Rinde von Haus aus nicht nur keinen Empfindungsgehalt, wie ja allgemein angenommen wird, sondern auch keinen Strebungsgehalt hat, und daß sie beide erst von anderswo erhält, den Empfindungsgehalt direkt aus den Sinnen, den Strebungsgehalt indirekt aus ihnen und durch Vermittlung der die Eindrücke sozusagen in Strebungen umsetzenden subkortikalen „Zentren". Weil wir ebenso keine Beweise und keine Gründe für die Annahme einer autochthonen Aktivität (nicht „Spontaneität", wie *Bleuler* sagt[2]) des psychokortikalen

---

[1]) Warum sie in dieser Phase unterbleibt, darüber können wir, glaube ich, nichts Sicheres sagen. Dreierlei ist möglich: erstens könnte es sein, daß der Umsatz der sensiblen in motorische Impulse in den subkortikalen Zentren stillsteht, zweitens daß das psychokortikale Organ gegen den Zufluß der Anreize gesperrt ist, drittens daß dieses Organ, obwohl ihm die Anreize zugehen, infolge veränderter Disposition auf sie nicht durch Funktion reagiert (nicht funktionsbereit ist). Mehr Gründe scheinen mir für die zweite oder dritte Version zu sprechen; doch ist auch die erste nicht auszuschließen.

[2]) Spontaneität ist die eine Art der Aktivitätsentfaltung, Reaktivität (nicht spontane Aktivität) die zweite.



Organes haben, nehme ich sie auch gar nicht an, sondern trete für die Annahme eines dauernden Abhängigkeitsverhältnisses der Aktivität dieses Hilfsorganes unserer ursprünglichen Triebe von diesen ein.

Was *Bleuler* von Bedenken gegen meine Theorie vorbringt, ist m. E. nicht sonderlich bedeutsam. Wenn er sagt, daß es „uns bis jetzt unmöglich" sei, „die Rollen auf Stamm und Rinde in genügend scharfer Weise zu verteilen", so muß ich schon sagen, daß das Prinzip an sich das Wesentliche ist, und daß uns das Unvermögen seiner Durchführung bis ins Detail nicht hindern kann und darf, es an sich anzuerkennen. Daß *Bleulers* Annahme, daß ich Psychisches „außer dem Organ der Vorstellungen" „lokalisieren" wolle, auf einem Mißverständnisse beruht, habe ich oben bereits ausgeführt. Bleibt nur noch der Passus: „Wir wissen auch nicht recht, warum gerade die Rinde keine Energie produzieren soll, ist doch sie das Organ, dessen Funktion am leichtesten ermüdet, und hat sie, aus der Blutversorgung und anderem zu schließen, einen Stoffwechsel, der eher eine Mehr- als eine Minderleistung erwarten läßt." *Bleuler* schreibt mir da wieder die Ansicht zu, daß „die Rinde keine Energie produziere". Daß er darin irrt, habe ich oben bereits klargelegt. Die „Rinde" hat ihre Energie, nämlich psychische Energie, aber sie hat keine eigene Aktivität, d. h. sie entfaltet ihre Energie nicht aus sich selbst heraus, sondern auf Grund eines auf sie einwirkenden, von außen (subkortikale Zentren) kommenden, aktivierenden Einflusses. Wenn sie ihre Energie entfaltet, „produziert" sie. Dann „ermüdet" sie natürlich auch [1]). Auch der Muskel ermüdet ja, obwohl er keine eigene Aktivität, sondern nur eigene Energie hat, die erst immer wieder aktiviert werden muß. Ob autochthone oder nichtautochthone Aktivität, ist für diesen Punkt also ganz gleichgültig. Was endlich *Bleulers* Schluß „aus der Blutversorgung und anderem" auf eine „Mehrleistung" der Rinde betrifft, muß ich wieder fragen, warum eine „Mehrleistung" gerade eine spontane (in *Bleulers* Sinne) sein muß, und warum sie nicht ebensogut eine von anderswoher ausgelöste sein kann. Ein Argument gegen meine Theorie kann auch diese Konstatierung *Bleulers* nicht abgeben.

Eine dritte Reihe kritischer Bemerkungen *Bleulers* bezieht sich auf meine pathologische Auffassung der Schizophrenie.

Bevor ich auf sie eingehe, möchte ich kurz zu *Bleulers* Ansicht Stellung nehmen, daß „alle diese Theorien (*Bleuler* meint meine Auffassung der psychischen Aktivität und meine physiologische Theorie.

[1]) Zum Kapitel Ermüdung wäre übrigens noch manches zu sagen. Woher weiß *Bleuler* so sicher, daß es die Rinde allein ist, die ermüdet? Er weiß im Grunde genommen nur, daß wir geistig ermüden. Daß Ermüdung der Rinde mit geistiger Ermüdung gleichbedeutend sei, ist eine Präsumtion, sonst nichts. Die Möglichkeit bleibt offen, daß das die „Rinde" aktivierende subkortikale Organ es ist, das ermüdet, oder daß es zumindest an der Ermüdung teilnimmt. Wenn wir schwer körperlich arbeiten, ermüden ja auch nicht nur unsere Muskeln, die wir dabei anstrengen, sondern ermüdet auch unser „nervöser Apparat" infolge einer auf die Aktivierung der Muskelfunktion gerichteten Anstrengung.



Verf.) mit einer Auffassung der Schizophrenie trotz den Ausführungen *Berzes* (auch) gar nichts zu tun haben“ (II, S. 153). Mit einer beliebigen Auffassung haben sie selbstverständlich nichts zu tun, auch mit der *Bleulers* nicht, wohl aber mit der meinigen. Wenn ich zeigen wollte, daß die Grundstörung der Dementia praecox in einer (primären[1])) Insuffizienz der psychischen Aktivität, im Sinne einer dauernden pathologischen Herabsetzung oder im Sinne der pathologischen Tendenz zum Absinken derselben auf ein insuffizientes Maß (Labilität des „Bewußtseinstonus“) bestehe, mußte ich begreiflicherweise meine Auffassung, bzw. Theorie, der psychischen Aktivität vorbringen und vertreten. Und wollte ich zeigen, wie sich die Schizophrenie einerseits im Lichte der Assoziations-, andererseits in dem der Aktionspsychologie darstelle, mußte ich es wieder tun. Was meine physiologische Theorie betrifft, ist zu sagen, daß sie selbstverständlich mit einer Auffassung der Schizophrenie nichts zu tun hat, soweit sich diese nur auf die Psycho-pathogenese bezieht, daß sie dagegen wohl von Belang ist, wenn es sich um die somatopathologische Grundlage der psychopathogenetischen Wurzel der Schizophrenie handelt, daß ich somit, da ich mich in meinen Arbeiten auch mit dieser Frage befaßt habe, auch diese physiologische Theorie darzulegen und auf sie Bezug zu nehmen hatte.

Gehe ich nun zu *Bleulers* sachlichen Bemerkungen über meine Auffassung der Dementia praecox über, so muß ich betonen, daß sie ein rechtes System nicht erkennen lassen; im Gegenteil sucht *Bleuler* einerseits eine, angesichts der großen Verschiedenheit unserer pathologischen Grundanschauungen erstaunlich weitgehende Übereinstimmung seiner mit meiner Auffassung der Schizophrenie zu konstatieren, andrerseits macht er gegen meine Auffassung Einwände, von denen eben in Anbetracht der von *Bleuler* behaupteten Übereinstimmung beider Auffassungen angenommen werden müßte, daß sie, wenigstens zu einem Teile, auch seine Auffassung treffen müßten.

Die Übereinstimmung zwischen *Bleulers* und meiner Auffassung ist freilich eine sehr weitgehende — im Laufe der Zeit geworden, weil *Bleuler* eben sehr viel von der meinigen, resp. von den mit der meinigen prinzipiell übereinstimmenden Auffassungen, angenommen hat. In seinem Buche „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ (1911) ist noch nichts zu finden, was erkennen ließe, daß *Bleuler* an eine „Energiestörung“

[1]) D.h. einer nicht erst auf Komplexwirkungen (vgl. *Jung*) oder dgl. zurückzuführenden, sondern unmittelbar aus den pathologischen Veränderungen, resp. dem Anlagedefekte somatischer Natur hervorgehenden Insuffizienz.




als Grundstörung der Schizophrenie denke. Da war die Schizophrenie ein „Prozeß, der direkt die primären Symptome macht, vor allem das „primäre Symptom“: „Lockerung der Assoziationen“, oder: „Lockerung des Assoziationsgefüges“[1]). Aber aus der 1918 erschienenen Arbeit war schon ein wesentlicher Wandel ersichtlich. Zwar glaubt er auch in dieser Arbeit noch, die Theorien, „die eine Abschwächung der psychischen Energie in irgendeiner Weise voraussetzen“, darunter meine Theorie von der primären Insuffizienz der psychischen Aktivität als Grundstörung der Hypophrenien[2]), ablehnen zu müssen; die Theorie, die er selbst vorbringt, ist aber nichts anderes als ein Versuch, die erwähnten Theorien sozusagen ins Assoziationspsychologische zu übersetzen, ein Versuch, der zeigen sollte, daß man den Gedanken ganz gut aufgreifen, trotzdem aber auch ohne die Aktivität im Sinne der Aktionspsychologie auskommen könne. Daß dieser Versuch mißlingen müsse, wäre von vornherein einzusehen gewesen. Herausgekommen ist in der Tat nichts als — Worte, die besagen, daß die Assoziationslockerung darauf beruhe, daß das „dynamische Etwas“ (?), welches unter normalen Verhältnissen „die Assoziationen in ihren Bahnen hält“, bei den Schizophrenien, ähnlich wie im Schlafe und in der Zerstreutheit, nachläßt. Näheres erfahren wir über dieses „dynamische Etwas“ nicht; dafür erhält es den schönen Namen: Assoziationsspannung. Die Assoziationen sind eben gelockert, weil sie nicht (zureichend) gespannt sind! Geradeso wie früher die „Assoziationslockerung“ das, bzw. ein Primärsymptom der Schizophrenien war, ist jetzt (vgl. die Überschrift der zweiten Arbeit *Bleulers*) die „Störung der Assoziationsspannung“ ein „Elementarsymptom der Schizophrenien“. Die „Störung der Assoziationsspannung“ hat *Bleuler* natürlich ebensowenig gesehen wie die „Assoziationslockerung“; er legt sich nur jetzt, was er beobachtet, als auf „Störung der Assoziationsspannung“ beruhend aus, wie er es sich früher als auf „Assoziationslockerung“ beruhend ausgelegt hat. Der Fortschritt liegt darin, daß *Bleuler* die „Assoziationslockerung“ jetzt ausdrücklich als den Ausdruck einer Energiestörung, nämlich einer verminderten „Assoziationsspannung“ hinstellt.

Wie bringt nun *Bleuler* den Energiebegriff, den er nunmehr heran-

---

[1]) Daß „Lockerung der Assoziationen“ nicht als ein Primärsymptom hingestellt werden könne, weil sie überhaupt kein Symptom, kein pathopsychisches Phänomen, sondern die (assoziationspsychologische) Auslegung einer ganzen Menge von Schizophreniesymptomen ist, wie ich ihm (75. Bd. d. Ztschr.) entgegengehalten habe, gibt *Bleuler* formell zwar auch jetzt noch nicht zu, salviert sich aber dafür mit der Erklärung: „Diese Lockerung ist gar nichts als eine Beobachtungstatsache, wie ich sage, denn ich verstehe unter dem Namen nichts anderes als eben, was ich beobachtete: daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm“ (II, S. 154). Also, was als Primärsymptom in die Welt gesegelt ist, kehrt bescheiden als — Name in den sicheren Hafen zurück!

[2]) Worunter der pathogenetische Begriff derjenigen psychischen Krankheitsbilder zu verstehen ist, welche die Insuffizienz der psychischen Aktivität zum Primärsymptom haben.



zieht, in seinem System unter? Wie kommt das, was er als Assoziationsspannung bezeichnet, seiner Meinung nach zustande? Und worauf beruht endlich seiner Meinung nach die „Störung der Assoziationsspannung" bei der Schizophrenie?

Die beste Orientierung gewährt wohl folgende Äußerung *Bleuler*s (I, S. 13): „Wird viel Energie auf das Denken gewendet, so sind die Schaltungen straff, so daß nur wenig von den Erfahrungsassoziationen abgewichen werden kann; im Schlafe aber besteht keine solche einseitige Richtung derselben; es ist, wie wenn sie gelockert wären und sich durch Zufälligkeiten nach allen Richtungen bewegen ließen. Die aufgewendete psychische Energie, die Aufmerksamkeit, unterhält also eine allgemeine Disposition der Kontakte, die wir einer Festigung, einer Spannung vergleichen können, die nur bestimmte Stellungen erlaubt; läßt die Spannung nach, so bewegen sich die Kontakte nach allen Seiten und bewirken die ungewohntesten Verbindungen.... In diesem Sinne können wir uns ausdrücken, daß im Schlaf die Schaltspannung vermindert wird. — Da wir die dem Schlaf eigentümliche Assoziationsart nicht von der der Schizophrenie unterscheiden können, dürfen wir mutmaßen, daß bei der Krankheit etwas Ähnliches geschehe. Bei der Schizophrenie dürfen wir eine Verminderung der Schaltspannung annehmen, ... die direkte Folge irgendeiner chemischen oder anatomischen oder molekulären Hirnveränderung ist."

Es ist aus dieser Darstellung zu entnehmen, daß das Moment, welches *Bleuler* als „die aufgewendete psychische Energie" umschreibt, es erst ist, das die Assoziationen in den Zustand versetzt, den *Bleuler* als Spannung bezeichnet. Die Spannung der Assoziationen ist eine Funktion der „aufgewendeten psychischen Energie". An sich selbst sind die Assoziationen — normalerweise — „gelockert", wie sich im Schlaf und auch in der Zerstreutheit, überhaupt in allen Zuständen zeigt, in denen nicht genügend „Energie auf das Denken gewendet" wird.

Wenn man den Wert dieses ganzen Gedankenkomplexes richtig einschätzen will, muß man sich vor allem darüber klar zu werden trachten, was von allen den Begriffen, die *Bleuler* da verwendet, Tatsächliches betrifft, und was Konstruktion ist. Tatsache ist, daß im Schlafe, in der Zerstreutheit usw. das Denken in dem bekannten Sinne gestört ist. Als weitere Tatsache ist anzusehen, daß diese Denkstörung darin begründet ist, daß in jenen Zuständen nicht genügend „Energie auf das Denken gewendet" wird. Alles andere, alles, was *Bleuler* zwischen Ursache (unzureichende Energieaufwendung) und Wirkung (Denkstörung) einschiebt, also all die bildlich zu nehmenden Vorstellungen von „Schaltungen", „Disposition der Kontakte", „Stellungen" usw., ja die Idee der „Lockerung" und der „Spannung" der Assoziationen selbst schon, ist rein spekulative Konstruktion. Und was ist das Fundament des ganzen Gebäudes von Konstruktiouen? Genau genommen nichts anderes als — ein Name. *Bleuler* fand zunächst, daß das Primärsymptom der Schizophrenie in der „Lockerung der Assoziationen" zu erblicken sei. „Lockerung der Assoziationen" ist aber, wie er jetzt mir gegenüber selbst erklärt (II, S. 154), nichts als ein „Name", ein Name zur Bezeichnung der Beobachtung, „daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen

nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm". Der Name „Lockerung der Assoziation" verlangte eine Erklärung. Um diese zu geben, erfand *Bleuler* die „Assoziationsspannung". Wieder nichts als ein Name, diesmal ein Name zur Bezeichnung der Tatsache, daß beim normalen Denken die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen gehörig zusammenhängen! Die „Lockerung der Assoziationen" bei der Schizophrenie wird als „Störung der Assoziationsspannung", wie *Bleuler* selbst sagt, „ausgelegt". Ein Name dient also zur „Auslegung" eines anderen! Indem *Bleuler* diese Namen, abgesehen von allen anderen oben genannten, die wieder zur Erklärung der „Assoziationsspannung" dienen sollen, handhabt, wie wenn es sich um Phänomene handelte, liefert er ein Beispiel des ausgesprochensten psychologischen, bzw. pathopsychologischen Nominalismus.

Daß wir mit allen diesen Konstruktionen nicht um eine Spur weiterkommen, steht fest. Der ganze Effekt ist bloß, daß anstatt eines phänomenologisch konstatierbaren Momentes ein Moment als Bedingung des richtigen Denkens hingestellt wird, das an sich selbst nicht als Phänomen gegeben ist, sondern nur theoretisch unter Zugrundelegung rein assoziationspsychologischer Anschauungen aus jenem Momente abgeleitet wird.

Besonders hebe ich hervor, daß die *Bleuler*sche Konstruktion der schizophrenen Assoziationslockerung, als Ergebnis unzureichender Assoziationsspannung, keineswegs danach angetan ist, *Bleuler*s mehrmals wiederkehrende Erklärung gerechtfertigt erscheinen zu lassen, daß sich seine Anschauung, die sich so weit mit der meinigen decke, „daß wir beide als Grundsymptom der Schizophrenie eine Energiestörung annehmen", andererseits von der meinigen dadurch vorteilhaft unterscheide, daß er eine beschränkte Energiestörung annehme, wogegen ich eine allgemeine. Wenn ich bedenke, daß sich nach *Bleuler*s Ansicht „alle unsere Logik, die Begriffsbildung, die Abstraktion, die Kausalität und was weiter noch zum Denken gehört, rest- und zwanglos aus den Erfahrungsassoziationen" und aus diesen ganz allein, ohne Zuhilfenahme eines „anderen Mechanismus" erklärt, vermag ich nicht einzusehen, wie *Bleuler* die Assoziationslockerung als eine „beschränkte" Energiestörung hinstellen kann. Es ist m. E. ganz unmöglich, durch eine Konstruktion nach Art der *Bleuler*s die Schwierigkeiten, denen die Annahme einer allgemeinen Energiestörung, wie ich durchaus nicht leugnen will, immerhin begegnet, sozusagen kurzerhand zu beseitigen, ganz abgesehen davon, daß die ganze Konstruktion nur bei einer streng assoziationspsychologischen Auffassung überhaupt einen Sinn hat.

Das Wesentliche liegt nach *Bleuler* darin, daß die „spannenden Kräfte" („die aufgewendete psychische Energie, die Aufmerksamkeit") bei der Schizophrenie nicht imstande sind, die für das richtige Denken nötigen Assoziationsverhältnisse herzustellen. „Wesentlich ist bloß, daß die schizophrene Spannung nicht genügt, die Erfahrungsassoziationen aufrechtzuerhalten" (I, S. 13). Abgesehen von der assoziations-psychologischen und speziell *Bleuler*schen Terminologie unterscheidet sich diese Auffassung nur noch dadurch von der Auffassung, nach welcher die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität die Grundstörung der Schizophrenie ist, daß *Bleuler* außer der Möglichkeit, daß die schizophrene

Spannung nicht genügt, weil die „spannenden Kräfte" geringer sind als in der Norm, noch die Möglichkeit für gegeben hält, daß „die Kontakte mehr gelockert sind, so daß die spannenden Kräfte weniger fixierenden Erfolg haben". Ich weiß mit den „gelockerten" Assoziationen überhaupt nichts Rechtes anzufangen. Besonders aber fällt es mir bei dem Umstande, daß schon unter normalen Umständen die Assoziationen all ihre Spannung nach *Bleuler* den „spannenden Kräften" verdanken, an sich also spannunglos, d. h. gelockert sind, schwer, mir Assoziationen (Kontakte) vorzustellen, die von vornherein noch „mehr gelockert", also spannungloser als spannunglos, sind. Bestenfalls kann ich mir Assoziationen denken, an denen sich eine pathologische Veränderung eingestellt hat, welche den „spannenden Kräften" Widerstände bereitet, die unter normalen Umständen nicht oder doch nicht in der gleichen Intensität gegeben sind.

Bleuler hat selbstverständlich auch erkannt, daß „die Schwäche der Schaltspannung durch Willensanstrengung, Aufmerksamkeit, Interesse ... mehr oder weniger überwunden werden kann", während „umgekehrt natürlich das Sichgehenlassen, das anscheinend normal begründet oder ein Symptom der schizophrenen Gleichgültigkeit sein kann, die Folgen der organischen Krankheitsgrundlage verstärkt" (I, S. 20). Was durch ein (pathologisches) Minus an „Energie"-Aufwendung verschuldet ist, kann eben durch ein (funktionelles) Plus an „Energie"-Aufwendung wieder korrigiert werden, sofern bei der ganzen (pathologischen) Lage die Aufbringung dieses Plus eben möglich ist. Betrachtet man näher, in welcher Art und Weise nach *Bleuler* das Plus an Energie in solchen Fällen aufgewendet wird, so muß jeder, der nicht darauf eingeschworen ist, die psychische Aktivität im Sinne der aktionspsychologischen Systeme in Abrede zu stellen und all unser geistiges Leben etwa auf „aus dem Assoziationsvorgang sich von selbst (! Verf.) ergebende Abstraktionen und Analogien" zurückzuführen, sagen: „Ja, das ist ja doch die psychische Aktivität!" Wenn *Bleuler* vom „autistischen" Denken und dem Unsinn, den es ergibt, spricht und dann ausführt (I, S. 15): „Durch diese Verhältnisse werden wir gezwungen, die Assoziationsspannung straffer zu halten, d. h. nur Erfahrungsassoziationen aufkommen zu lassen und das autistische Denken einzuschränken", so spricht er genau wie ein Aktionspsychologe, abgesehen davon, daß er die „Assoziationsspannung" in seinem Sinne, die der Aktionspsychologe für völlig entbehrlich halten muß, nicht nur zwischen die Aktivität und ihre Ergebnisse schiebt, sondern sogar als das wichtigste Moment hinstellt, um sozusagen sein assoziationspsychologisches Gewissen zu beruhigen. Was heißt das: „Wir werden gezwungen, die Assoziationsspannung straffer zu halten", sonst als: Das Ich als Träger der psychischen Aktivität entfaltet diese Aktivität in dem Sinne, daß an Stelle des „undisziplinierten" Assoziierens das „disziplinierte" Denken tritt. Wenn *Bleuler* (I, S. 20) sagt: „Sinkt die Assoziationsspannung in der Krankheit unter das Niveau, das unter gewöhnlichen Umständen noch ein logisches Denken erlaubt, so kann immer noch stärkere Anspannung durch den Willen, Interesse oder günstige Einstellung die Schwierigkeit seltener oder häufiger überwinden", — was heißt das sonst als, daß das schizophrene Ich mit seiner beschränkten psychischen Aktivität das „undisziplinierte" Assoziieren



doch noch durch angestrengte Entfaltung dieser Aktivität („stärkere Anspannung des Willens"!) namentlich bei „günstiger Einstellung"[1]) innerhalb gewisser Grenzen durch ein richtiges Denken zu ersetzen vermag?

Noch weiter ist die Annäherung in *Bleuler*s zweiter Arbeit über den Gegenstand gediehen. Zu meiner großen Überraschung lese ich da: „Wir sind also hier in dem wesentlichen Punkte einer Meinung: für uns beide entgleist die Assoziation als solche, für ihn aus Schwäche der Intention, für mich aus Schwäche der Assoziationsspannung. Wie nun Intentionskraft und Assoziationsspannung sich zueinander verhalten, wissen wir nicht genau; aber sicher ist, daß die letztere in einer ganz wesentlichen Richtung eine Funktion der Intentionskraft ist" (II, S. 154). Also: *Bleuler* kennt jetzt auch schon eine „Intentionskraft" (außer den Assoziationen und der „Affektivität"), ja noch mehr, es ist für ihn „sicher", daß die Assoziationsspannung „in einer ganz wesentlichen Richtung eine Funktion der Intentionskraft ist", was doch wohl auch implizite besagen dürfte, daß die nach *Bleuler*s Hypothese der Schizophrenie zugrunde liegende „Schwäche der Assoziationsspannung" auf eine Insuffizienz der „Intentionskraft" zu beziehen sei. *Bleuler* fordert mich jetzt nur noch auf, seinen Begriff der Assoziationsspannung zu bekämpfen und zu beweisen, daß die psychische Energie in der Form, wie ich sie annehme, existiere. Ersteres werde ich nicht unternehmen, erstens weil man etwas, das man nicht genau fassen kann — auch *Bleuler* kann es nicht; denn er sagt von der Assoziationsspannung nur, daß sie ein „dynamisches Etwas" (?) sei, das gewisse Wirkungen, die er ihm eben zuschreibt, enthalte —, auch nicht bekämpfen kann, zweitens weil ich es gar nicht mehr nötig habe, nachdem sie *Bleuler* einmal als eine „Funktion der Intentionskraft" hingestellt hat; denn ob die Intentionskraft das, was ich ihr zuschreibe, auf diese oder jene Weise zuwege bringt, ob dabei, wie *Bleuler* will, die theoretische Spannung der theoretischen Assoziationen im Spiele ist oder nicht, ist mir im Grunde herzlich gleichgültig; zudem weiß auch ich nicht, wie die Intentionskraft all das macht, was ihr zugeschrieben werden muß, sondern eben nur, daß sie es macht. Was aber den von *Bleuler* geforderten Beweis der Existenz der „psychischen Energie", wie ich sie meine, — *Bleuler* sagt da wieder: psychische Energie, meint aber: psychische Aktivität — betrifft, kann ich nur wieder sagen, daß die psychische Aktivität.

---

[1]) Die „günstige Einstellung" (Konstellation) scheint mir, wie ich auch in meiner größeren Arbeit ausgeführt habe, in diesem Zusammenhange von ganz besonderem Belange zu sein. Man gibt sich im allgemeinen viel zu wenig Rechenschaft davon, wie groß die Ansprüche an die psychische Aktivität bei ungünstiger Konstellation und wie gering sie umgekehrt bei günstiger Konstellation sein können, auch wenn es sich um einund dieselbe Denkaufgabe handelt. Schon dieses Moment allein erklärt uns, wie es kommt, daß der Schizophrene oft eine Denkaufgabe, der gegenüber er jetzt total versagt, in ein paar Augenblicken geradezu spielend, förmlich „bloß assoziierend" löst, oder daß er zur selben Zeit bestimmte einfachste Gedanken nicht fassen kann, während er andere viel kompliziertere Gedankengänge ganz anstandlos produziert.



bzw. die psychischen Akte unmittelbar anschaulich zu erfassen sind, ihre Existenz daher nicht erst des Beweises bedarf.

Was nun *Bleulers* Einwände gegen meine Auffassung betrifft, möchte ich mich möglichst kurz fassen.

Ich habe (75. Bd. S. 154) ausgeführt, daß m. E. die von *Bleuler* (I. S. 154) angeführte Schizophrene, die ihren Namen „Graf" schreiben will, aber nachdem sie bereits die drei Buchstaben „Gra" hingesetzt hat, das a ausstreicht und den Namen zu „Groß" ergänzt, dies nicht tut, weil bei ihr, wie *Bleuler* meint, „die doch gewiß recht fest gefügte Assoziation des eigenen Namens, den man als Unterschrift setzt", „zerrissen" ist, sondern deshalb, weil sie die Intention, ihren Namen zu schreiben, nicht zureichend lang festhält (infolge ihrer unzureichenden psychischen Aktivität), diese Intention daher vorzeitig durch eine andere Intention, nämlich durch die offenbar unter der Anregung durch die Buchstaben Gr bei entsprechender Konstellation wachgerufene Intention, „Groß" zu schreiben, abgelöst wird, oder mit anderen Worten: weil die erste Intention entgleist und auf die zweite abgleitet.

Daraus leitet *Bleuler* nun das Recht ab, zu sagen: „Wenn der Wille, der den Namen unterschreiben wollte und nach der ganzen Situation auch sollte, in der Richtung auf „Groß" entgleist, so muß das wieder einen Grund haben, und den Grund finden wir in der bloßen Assoziation Gr—Groß, also in einer Assoziationsstörung im engsten *Berze*schen Sinne. Auch *Berze* selber findet sie da, nur ist ihm das „von nebensächlicher Bedeutung" (154). Wir sind also hier in dem wesentlichen Punkte einer Meinung: für uns beide entgleist die Assoziation als solche, für ihn aus Schwäche der Intention, für mich aus Schwäche der Assoziationsspannung."

Es liegt auf der Hand, daß *Bleuler* da zwei Dinge zusammenwirft, die auseinandergehalten werden müssen: erstens, was ist der Grund, daß die Entgleisung überhaupt eintritt, zweitens, was ist der Grund, daß sie gerade in der Richtung auf „Groß" geschieht? Der Grund für das Eintreten der Entgleisung überhaupt ist nach meiner Meinung ein pathologischer: die Insuffizienz der psychischen Aktivität, bzw. im speziellen Falle die unzulängliche Wirkungsdauer einer Intention von entsprechender Intensität. Der Grund für die Entgleisungs-Richtung dagegen ist ein durchaus physiologischer, nämlich das Wirksamwerden einer bestimmten konstellativ begünstigten Assoziation. Es ist ganz falsch, wenn *Bleuler* sagt, daß auch ich da eine „Assoziationsstörung" finde; das Wirksamwerden der Assoziation Gr—Groß bedeutet für mich keineswegs eine „Assoziationsstörung", ist für mich vielmehr das Ergebnis eines Vorganges, der an sich gar nichts Pathologisches aufweist, an sich nicht gestört ist. — *Bleuler* scheint aber von „Assoziationsstörung" nicht nur dann zu sprechen, wenn es sich um gestörte Assoziationen, sondern auch, wenn es sich um störende Assoziationen, d. h. um das Eintreten und Wirksamwerden von Assoziationen unter Umständen, unter denen sie störend wirken, handelt. Ein solcher Fall liegt nun aber offenbar nach *Bleulers* Ansicht bei Begebenheiten nach Art der erörterten vor. Nach meiner Ansicht ist diese Ausdehnung des Begriffes der „Assoziations-



störung" nicht gerechtfertigt und irreführend[1]), da gemeinhin unter „Assoziationsstörung" doch wohl nur die Störung des Assoziationsvorganges selbst verstanden, im Falle des (störenden) Wirksamwerdens an sich normaler Assoziationen unter abnormen Umständen aber von einer Störung derjenigen Momente resp. Faktoren gesprochen wird, in deren pathologischer Alteration eben das Abnorme dieser Umstände liegt, im vorliegenden Falle also: von der Insuffizienz der psychischen Aktivität.

Bleuler erklärt ferner: „Es ist gar nicht richtig, daß in Fällen wie der Unterschrift Graf nur der Wille entgleist; es läßt sich im Gegenteil oft nachweisen, daß der Wille festgehalten wird. Viele Patienten beklagen sich ja über die Entgleisung." Selbstverständlich sind mir auch diese Fälle bekannt. In ihnen handelt es sich eben um eine Handlungs- und nicht um eine Willensentgleisung. Es ist die Lehre daraus zu ziehen, daß nicht alle Fälle gleich zu beurteilen sind. Im Falle der Willensentgleisung tritt die Fehlreaktion ein, weil sich die richtige Intention zu kurze Zeit behauptet und vorzeitig von einer anderen abgelöst wird, im Falle der Handlungsentgleisung wird die Intention wohl festgehalten, vermag sich aber nicht durchzusetzen, weil andere, mächtigere Faktoren mit ihr konkurrieren — man denke an Negativismus, Perseveration, die bekannten Quertriebe usw. — und Einfluß auf die Gestaltung der Handlung gewinnen.

Ich habe ausgeführt, daß unsinnigen Äußerungen Schizophrener nicht immer ein unlogischer Gedankengang zugrunde liegen müsse; oft scheine uns dies bloß, weil wir die Zwischenglieder des Gedankenganges, der den Schizophrenen zu der betreffenden Äußerung geführt hat, nicht kennen. An einem Falle *Bleulers* habe ich dies zu demonstrieren gesucht (I, S. 155). *Bleuler* meint, diese Erklärung sei „ganz sicher falsch". Da er aber vier Zeilen weiter sagt: „Natürlich könnte so etwas bei einem Schizophrenen vorkommen, so gut wie irgend etwas anderes", hängt sein scharfes Urteil sozusagen in der Luft. Wenn *Bleuler* „solche zu supponierende Zwischenglieder jahrzehntelang redlich gesucht und nicht in erheblichem Maße gefunden hat" (II, S. 156), ist mir dies trotz seiner Berufung auf seinen „Führer" in dieser Sache, auf *Freud*, noch nicht Beweis

---

[1]) Einige Konfusion führt *Bleuler* auch dadurch herbei, daß er den Ausdruck Assoziation einmal für den Assoziationsvorgang, ein andermal für das Ergebnis dieses Vorganges, für das Assoziierte verwendet, was ja selbstverständlich erlaubt ist, es aber verabsäumt, den jeweiligen Verwendungssinn deutlich erkennbar zu machen. Wenn *Bleuler* z. B. sagt: „Für uns beide entgleist die Assoziation als solche, für ihn aus Schwäche der Intention, für mich aus Schwäche der Assoziationsspannung", so gebraucht er, wie mir scheint, „Assoziation" in ein und demselben Satze in beiden Bedeutungen. „Entgleisen" kann doch wohl nur die Assoziation als Vorgang, in Spannung sein (Gegenteil: „gelockert" sein) kann aber wohl wieder nur die Assoziation im Sinne von Assoziiertem. Bestimmt kann ich aber nicht wissen, ob ich damit *Bleulers* Ausführungen so erfasse, wie er sie meint.

genug, daß sie nicht dennoch eine Rolle spielen; es könnte sein, daß wir den richtigen Weg, sie aufzudecken, noch nicht gefunden haben [1]).

Bleuler fährt fort: „Übrigens könnte die Erklärung *Berze*s ganz richtig sein, sie würde deshalb nicht das Mindeste gegen unsere Auffassung sagen: Die Patientin ist von Boden-kehren auf Französisch-lernen entgleist, auf etwas, das in der ganzen Situation nicht nur unbegründet ist, sondern ihr geradezu widerspricht.“ Niemals habe ich behauptet, daß die Äußerung der Patientin *Bleuler*s, sie könne den Boden nicht kehren, weil sie nicht Französisch könne, „logisch“ (im Sinne *Bleuler*s) sei, ich habe vielmehr erklärt, daß sie uns „unlogisch erscheine“, daß wir aber nicht mit Sicherheit behaupten können, daß sie unlogisch sei, „weil wir gar nicht wissen, was sich die Kranke dabei gedacht hat“. Die Genese eines Gedankens ist nach meiner Meinung maßgebend für die Konstatierung, ob er logisch oder unlogisch sei. Nach *Bleuler* ist dies gleichgültig: Unlogisch ist, was „in der ganzen Situation nicht begründet ist“, oder „was ihr geradezu widerspricht“, — gleichviel, wie es zustande gekommen ist. Unsinnig und unlogisch ist für *Bleuler* gleichbedeutend. Er verwechselt eben nicht nur, wie oben (im psychologischen Teile) ausgeführt, die logische Richtigkeit mit der materialen Wahrheit, sondern auch konsequenterweise die aus mangelhafter Logik sich ergebende Unrichtigkeit mit der materialen Falschheit (dem Unbegründetsein in der Situation, dem Widerspruche mit ihr). —

Ablehnen muß ich *Bleuler*s Bemerkung, daß ich darauf ausgehe, die von ihm „konstatierte Assoziationsstörung“ — „wegzudisputieren“. Dies ist nicht meine Art. Ich hätte auch keinen Grund, *Bleuler*s „Assoziationsstörung“ wegzudisputieren, besonders nach seinen Ausführungen in seiner zweiten Arbeit, nach denen er unter der „Assoziationsstörung“, unter der „Lockerung der Assoziationen“ nichts anderes versteht als eben, was er beobachte: „daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm.“ Wie sollte ich diese einfache Beobachtungstatsache „wegdisputieren‘ wollen?

Worauf ich mit den Ausführungen, auf die sich *Bleuler* bezieht, ziele, ist ein anderes. Wenn auch „Lockerung der Assoziationen“, wie gesagt, nichts ist als ein Name, so hat ihn *Bleuler* doch zweifellos

---

[1]) Übrigens denke ich keineswegs daran, die große Menge der unsinnigen Äußerungen Schizophrener in dieser Art erklären zu wollen. Ich wollte nur damit eine der denkbaren Möglichkeiten andeuten. Viele unsinnige Antworten Schizophrener sind darauf zurückzuführen, daß von ihnen in die Frage ein ganz anderer Sinn hineingelegt wird, daß sie sozusagen symbolisch genommen wird oder so, als ob mit ihr auf etwas anderes angespielt würde, als in der Frage direkt ausgedrückt wird. Oft kommt man auch dahinter, daß der Kranke etwas ganz anderes meint, als in seiner Antwort ausgedrückt wird. Negativismus, Wahnideen, störende Einfälle usw. bestimmen oft den Inhalt der Antwort. Es sind eine Menge Möglichkeiten aufzeigbar, aus denen hervorgeht, daß wir nicht ohne weiteres jede unsinnige Äußerung eines Schizophrenen auf „Störungen der Logik“ beziehen dürfen.



nicht zufällig gewählt. Dieser Name bezeichnet nicht nur die oben erwähnte Beobachtungstatsache, sondern involviert gleichzeitig eine Deutung, eine Auslegung[1]) derselben. Und diese Auslegung ist es, wogegen ich mich wende.

Die ganze Kluft zwischen Assoziations- und Aktionspsychologie tut sich da auf. Der Assoziationspsychologe, namentlich der *Bleuler*scher Richtung, findet „hinter dem Denken nichts als Erfahrungsassoziationen" und behauptet, daß „diese vollständig zur Erklärung desselben genügen" (*Bleuler* II, 162); der phänomenologisch orientierte Aktionspsychologe sieht zunächst nicht „hinter" das Denken, sondern auf das Denken selbst und findet in ihm eine Tätigkeit des Ich von auf dem Wege der Selbstbeobachtung und der Ausfragemethode feststellbarer Erscheinungs- und Verlaufsform, eine Tätigkeit, die sich nicht einfach auf „Assoziationsvorgänge", auf aus solchen „sich von selbst ergebende Abstraktionen und Analogien" u. dgl. reduzieren läßt, — was den Assoziationspsychologen nur deshalb scheinbar gelingt, weil sie die geistige (aktive) Synthese ganz willkürlich zusammenwerfen mit der assoziativen („passiven") Synthese nach „Assoziationsgesetzen".

Sieht daher der Assoziationspsychologe, daß „die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm", so verbindet sich ihm damit förmlich von selbst die Vorstellung einer „Lockerung der Assoziationen". Der Aktionspsychologe dagegen wird zuförderst finden, daß jene Tatsache darin begründet sei, daß der Kranke aus irgendeinem Grunde eben nicht so zusammenhängend denken könne wie in der Norm. Er wird sich daran erinnern, daß der „Zusammenhang" des Denkens, bzw. der Gedanken, aktiv hergestellt wird, wie ja überhaupt das Denken ein aktiver Vollzug, eine Tätigkeit ist, — wird also eine Beeinträchtigung dieser Denktätigkeit annehmen. Wenn er nun von hunderten Kranken Äußerungen zu hören kriegt, die deutlich darauf weisen, daß ihnen eine Schwäche des Ich fühlbar wird, die sie hindert, so (zusammenhängend) zu denken wie in der Norm, so wird er nicht umhin können,

[1]) *Bleuler* sagt zwar: „Erst die besondere Assoziationsspannung und ihre Störung bei der Schizophrenie ist „Auslegung" " (sc. „Lockerung der Assoziationen" noch nicht); ich finde aber, daß „Störung der Assoziationsspannung" nichts als eine Umschreibung der „Lockerung der Assoziationen" ist, und daß daher, wenn erstere „Auslegung" ist, es ebenso die letztere ist. „Gelockert" ist eben, was „nicht gespannt" ist. Dazu bedarf es nicht erst einer besonderen „Auslegung".



dieser Störung, der Insuffizienz der psychischen Aktivität, besondere Bedeutung beizumessen, zumal wenn ihm eine eingehendere Untersuchung zeigt, daß alle Symptome, wie sie Schulfälle der Krankheit bieten, zwanglos aus ihr ableitbar sind. Und wenn ihm die Untersuchung weiter ergibt, daß die konstatierte Aktivitäts-Insuffizienz in der Regel psychologisch irreduzibel ist, daß sie das letzte phänomenologisch Konstatierbare im Krankheitsbilde darstellt, so wird er sich sagen müssen, daß diese primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität als die Grundstörung der Krankheit anzusehen sei.

An eine grundlegende Assoziationsstörung überhaupt nur zu denken, sieht der Aktionspsychologe keinen Grund. Was vorliegt, ist eine Denkstörung; und zu ihrer Erklärung bedarf es eben keiner Assoziationsstörung. Der Assoziationspsychologe freilich, der im Denken nichts anderes sieht als ein Assoziieren, sieht sich gezwungen, eine Assoziationsstörung anzunehmen, bzw. die Tatsache, „daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm", in eine „Lockerung der Assoziationen" oder in eine „Störung der Assoziationsspannung" umzukonstruieren.

Ich „disputiere" also das, was *Bleuler* als „konstatierte Assoziationsstörung" hinstellt, nicht „weg", sondern erkläre, daß das von *Bleuler* Konstatierte eine Denkstörung und keineswegs eine Assoziationsstörung ist. Und dies sage ich nicht, um *Bleuler* für meine Ansicht einzunehmen; dies ist unmöglich, weil für ihn das Denken nichts anderes als eine Art Assoziieren, jede Denkstörung also auch eine Assoziationsstörung ist, — ich sage es nur, um klarzustellen, daß die Störung, die *Bleuler* auf Grund seiner psychologischen Grundanschauungen als Assoziationsstörung hinstellt, diese Bezeichnung eben nur diesen subjektiven Anschauungen *Bleuler*s verdankt, nicht aber auch als Assoziationsstörung im Sinne derjenigen Psychologen und Psychiater angesehen werden kann, für die das Denken eben Denken und das Assoziieren eben Assoziieren ist.

Bleuler schreibt mir aber andererseits wieder die Absicht zu, seine „Assoziationsstörung", die ich angeblich „wegdisputieren" will(!), aus meiner „Aktivitätsschwäche" abzuleiten, aus gewissen Tatsachen „auf Aktivitätsschwäche als Ursache der Assoziationsstörung zu schließen". Dies war nun sicherlich nicht mein Problem. Dieses bestand vielmehr darin, die Symptome, wie ich sie sehe, aus der Aktivitätsschwäche abzuleiten.

Bleuler erhebt gegen meine Auffassung wie schon bei früherer



Gelegenheit so auch in seiner vorliegenden Arbeit (II, S. 156) den Einwand, „daß vielen Schizophrenen psychische Energie und Aktivität in vollem Maße zur Verfügung stehen". In vollem Maße! Fünf Seiten (161) später erklärt er: „Unsere Anschauungen decken sich sogar so weit, daß wir beide als Grundsymptome der Schizophrenie eine Energiestörung annehmen, nur ich eine beschränkte, *Berze* eine allgemeine . . ." Eine beschränkte Energiestörung ist immerhin eine Energiestörung, und ich glaube nicht, daß man von einem, der an dieser beschränkten Energiestörung leidet, sagen kann, daß ihm die psychische Energie „in vollem Maße zur Verfügung stehe". Was ist es aber dann mit den „vielen" Schizophrenen, bei denen dies der Fall sein soll? Gibt es Schizophrene mit und Schizophrene ohne „Grundsymptom"? Oder hat die Schizophrenie in den Fällen, in denen den Kranken die psychische Energie in vollem Maße zur Verfügung steht, ein anderes Grundsymptom? Ich weiß nicht, wie ich über den Widerspruch der zwei zitierten Angaben *Bleuler*s hinwegkommen soll.

Mit der „Konstatierung, daß vielen Schizophrenen psychische Energie und Aktivität in vollem Maße zur Verfügung stehen", will *Bleuler* meine Schizophrenie-Auffassung treffen und merkt dabei nicht, daß er damit auch die seinige trifft. Bei „in vollem Maße" gegebener psychischer Energie gibt es auch kein auf einer, wenn auch „beschränkten", Energiestörung beruhendes „Grundsymptom". *Bleuler* hätte also genau so wie ich aufzuklären, wie es um diese Fälle bestellt sei. Er schiebt aber wieder einfach die Beweislast mir zu, und dies, obwohl ich schon in meiner ersten Arbeit einen Teil meiner Gründe angeführt habe, die er freilich auf Grund von Argumenten, die mir, wie ich noch auszuführen haben werde, keineswegs als stichhaltig erscheinen, ablehnen zu können glaubt.

Wenn wir die Gesamtheit der Fälle von Schizophrenie, bzw. von Hypophrenie in meinem Sinne, wie sie nacheinander zur Aufnahme kommen, überblicken, so drängt sich uns die Überzeugung auf, daß zwei Gruppen von Fällen zu unterscheiden sind: erstens Kranke im eigentlichen Sinne, d. h. Schizophrene, bei welchen der eigentliche Krankheitsprozeß, welcher der Grundstörung der Schizophrene zugrunde liegt, im Gange ist, sei es daß er vor kürzerer oder vor längerer Zeit eingesetzt hat, zweitens geistig Sieche, d. h. Schizophrene, bei welchem dieser Krankheitsprozeß zurzeit nicht im Gange ist, sei es daß er zurzeit ausgesetzt hat oder überhaupt schon endgültig abgelaufen ist, bei welchen aber Veränderungen bestehen, die durch



den Krankheitsprozeß, als er im Gange war, gesetzt worden sind und das weitere geistige Leben zu einem im schizophrenen Sinne gestörten gestalten. Bekanntlich hat der eigentliche Krankheitsprozeß in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen die Neigung, in „Schüben" zu verlaufen, d. h. für Zeiten auszusetzen oder doch stark nachzulassen und dann wieder mit größerer oder geringerer Intensität einzusetzen. Aber auch nicht alles, was uns auf den ersten Blick als „Schub" erscheint, ist ein Schub im wahren Sinne, d. h. ein Schub des Krankheitsprozesses, vieles davon ist nichts als ein plötzliches Manifestwerden der durch frühere Attacken des Krankheitsprozesses gesetzten (schizophrenen) Störungen in Situationen, denen der Schizophrene eben infolge dieser Störungen nicht gewachsen ist. Als Direktor einer Heil- und Pflegeanstalt mit einem Stande von gegen 3000 Kranken und ungefähr ebensoviel Zuwächsen im Jahre bin ich imstande, recht viele Schizophrene zu sehen und mir auch ein Urteil über das beiläufige Zahlenverhältnis der zuwachsenden Schizophrenen mit manifestem Krankheitsprozeß und der Schizophrenen mit residuären Störungen nach Attacken des Prozesses zu bilden. Daß in einer ansehnlichen Zahl von Fällen die Abgrenzung nicht mit Sicherheit getroffen werden kann, gebe ich ohne weiteres zu. Namentlich sind die geistigen Krüppel, wie sie aus der Krankheit Schizophrenie hervorgehen, unter Umständen nur schwer und unsicher zu unterscheiden von solchen Schizophrenen, bei denen der eigentliche Krankheitsprozeß wohl noch im Gange, aber nicht von solcher Intensität ist, daß die aus ihm hervorgehenden psychischen Störungen deutlicher hervorträten, bei denen sich die Krankheit also „schleichend" weiter entwickelt, so daß die Entscheidung schwer fällt, ob der Krankheitsprozeß selbst eben tatsächlich noch im Gange ist oder nicht mehr [1]). Immerhin ist aber an der Richtigkeit des Prinzips der Unterscheidung zwischen der eigentlichen Krankheit Schizophrenie und dem (sekundären) schizophrenen Siechtum m. E. nicht zu zweifeln. Und seitdem ich diesem Momente größere Aufmerksamkeit schenke, ersehe ich immer deutlicher, daß sich Fälle letzterer Art auch unter den Neuaufnahmen in einer recht ansehnlichen Zahl finden.

[1]) Besonders möchte ich, um nicht mißverstanden zu werden, betonen, daß eine gewisse Weiterentwicklung einer schizophrenen Psychose, etwa eines Paranoids, auch noch nach Aussetzen des eigentlichen Krankheitsprozesses fortdauern kann — auf Grund der während der „Schübe" des Prozesses gesetzten Defekte, auf Grund des „stationär" gewordenen Defektzustandes des psychozerebralen Apparates.



Bleuler dagegen bekommt, wie er versichert (II, S. 156), „in der Heilanstalt meistens frische Aufnahmen mit frischen Erkrankungen oder Schüben zu sehen". Frische Aufnahmen freilich, aber auch „meistens" frische Erkrankungen (oder Schübe)? Die Studenten, die vor irgendeiner Prüfung umwerfen und in einem schizophrenen Erregungs- bzw. Verwirrtheitszustand in die Anstalt gebracht werden, wo man dann erfährt, daß es schon seit Jahren nichts Rechtes mehr mit ihnen gewesen sei, die älteren Mädchen, die sich „im Häuslichen" beschäftigt haben an der Seite und unter der Obsorge der Mutter, beim Tode dieser geistig zusammenbrechen und etwa in einer depressiv-paranoiden Psychose auf schizophrener Grundlage eingebracht werden, und von denen man dann erfährt, daß sie schon seit langem ausgesprochene Zeichen verminderter psychischer Aktivität geboten haben, und die zahlreichen anderen Fälle ähnlicher Art[1]), sieht man die nur in Wien und nicht auch in Zürich?

Ich gebe zu, daß unter den Aufnahmen der psychiatrischen Kliniken mit ihren Beobachtungsabteilungen die Zahl der „sekundären" Schizophrenen verhältnismäßig geringer ist als unter den Aufnahmen der Irrenanstalten, da die letzteren einen größeren Teil ihrer Auf-

[1]) Ich möchte noch einmal betonen, daß ich nicht alle die Fälle, in der erst sozusagen durch Hinzutritt einer psychischen Ursache die Schizophrenie durch Ausbruch einer schizophrenen Psychose auffällig wird, für sekundär halte. Was ich vertrete, ist nur, daß eine noch so akut aussehende Psychose dadurch allein noch nicht beweisen kann, daß eine „frische Erkrankung" oder ein neuer „Schub" des Krankheitsprozesses selbst vorliegt, — daß es sich in solchen Fällen vielmehr auch um eine psychisch ausgelöste Psychose auf der Grundlage eines sekundären schizophrenen Defektzustandes des psychozerebralen Apparates handeln kann. *Hinrichsen* (Demenz und Psychose, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 39. Bd.) führt treffend aus, wie „auch die Bewegung eines Falles in Exazerbationen und Remissionen keine notwendig auf ein Schwanken in der Intensität des Grundprozesses gegründete ist", sondern „Umstände" dabei mitspielen, ferner wie „auf geeignete Erlebnisse, auf bestimmte Lebenslagen schizophren psychotisch reagiert wird", so daß man für die psychotischen Erregungen der Schizophrenen im allgemeinen zwei Ursachen anzunehmen hat: die physische (organische), worunter der eigentliche Krankheitsprozeß zu verstehen ist, und die seelische Ursache, „das Auftreten bestimmter erregender Bewußtseinsinhalte". An die Stelle des Krankheitsprozesses kann nach meiner Meinung auch der sekundäre Defektzustand des psychozerebralen Apparates treten; psychotisch reagieren kann also der Schizophrene nicht nur im primären, sondern auch im sekundären Stadium, — sofern der Prozeß nicht die „reaktive Empfindlichkeit" (*Hinrichsen*) in zu weitgehendem Maße vermindert hat.

nahmen aus ersteren übernehmen, eine erkleckliche Zahl von — namentlich ersten — schizophrenen Schüben aber so rasch ihren Abschluß findet, daß es zur Transferierung der betreffenden Kranken in die Irrenanstalt erst nicht kommt. Aber gar so bedeutend ist nach meinen Erfahrungen [1]) dieser Unterschied denn doch nicht, daß er mir *Bleuler*s Widerspruch erklären würde. Übrigens hat mich *Bleuler* an der Stelle, auf die er sich da bezieht, offenbar mißverstanden. Ich habe in meiner ersten Arbeit (S. 129) gesagt: „Auch die große Zahl der Schizophrenen, die *Bleuler* im Auge hat, wenn er z. B. auf die „schizophrenen Weltverbesserer" hinweist, sind nicht mehr Kranke, sondern Sieche, Krüppel im oben bezeichneten Sinne . . . ." [2]) *Bleuler* glaubt aus dieser Äußerung schließen zu sollen, meine Meinung gehe dahin, daß „diese geistigen Krüppel den größten Teil der Schizophrenen ausmachen, die er sehe". Ich meine, daß eine große Anzahl von Schizophrenen überhaupt nicht in Betracht kommt, wenn von „schizophrenen Weltverbesserern" gesprochen wird, nämlich fast alle „akuten", namentlich die zahlreichen amentiaartigen Fälle nicht, und daß da fast nur von den „chronischen" Fällen die Rede sein und demnach auch *Bleuler* nur solche „im Auge haben" kann. Unter den „chronischen" Schizophrenen aber herrschen — darüber kann m. E. ein Zweifel kaum aufkommen — die geistigen Krüppel wohl ganz beträchtlich vor. Dies war auch gemeint, wenn ich weiter sagte, daß „der weitaus größere Teil der Schizophrenen, wie wir sie in den Irrenanstalten viele Jahre, ja Dezennien beobachten können", zu dieser Kategorie gehören. Das sich in den Teilen der Irrenanstalt, die die Heilanstalt ausmachen, das Verhältnis zugunsten der „frischen Erkrankungen oder Schübe" einigermaßen verschiebt, ist wieder selbstverständlich.

Übrigens, auf die Zahl kommt es gar nicht an. Es genügt, daß

---

[1]) Durch meine Lehrtätigkeit usw. ist mir auch einiger Einblick in das Zuwachs-Material der Wiener psychiatrischen Klinik gewährt.

[2]) Dabei nehme ich als sicherstehend an, daß es sich in den Fällen, auf die sich *Bleuler* bezieht, auch wirklich um schizophrene Weltverbesserer handelt, d. h. um Kranke, deren Weltverbesserertum auf schizophrener Grundlage beruht. Weit häufiger als die Fälle, in denen dieses Verhältnis klarliegt, scheinen mir allerdings die zu sein, in denen „die psychopathisch-reaktive Wurzel der Störung" (vgl. auch *Kretschmer*, Der sensitive Beziehungswahn, Berlin 1918) von wesentlichster Bedeutung ist, während es zweifelhaft erscheint, ob eine „schizophrene" Komponente überhaupt im Spiele ist, und es oft nur Sache der Auffasung und Stellungnahme des Autors ist, ob er eine solche annimmt oder nicht.

es Fälle von Schizophrenie überhaupt gibt, in denen der eigentliche Krankheitsprozeß und demnach auch die aus ihm unmittelbar hervorgehende Grundstörung gar nicht mehr besteht, um *Bleulers* Einwand, es gebe Schizophrene, denen die „psychische Energie und Aktivität in vollem Maße zur Verfügung stehen“, zu entkräften.

Warum und in welchem Sinne das Geistesleben Schizophrener, bei denen infolge Ablaufes oder Aussetzens des eigentlichen Krankheitsprozesses die Grundstörung zurzeit behoben, d. h. die psychische Aktivität wieder hergestellt ist, weiter gestört bleibt, habe ich in meiner ersten Arbeit (S. 128 ff.) ziemlich ausführlich angegeben, so daß ich hier darauf verweisen kann. *Bleuler* greift aus meiner Darlegung die „Inhaltsverfälschung“ (sc. „die Inhaltsverfälschung, welche sich während der Dauer der krankhaften Aktivitätsschwäche im Gebiete der Ideen, Ideenverbindungen, Strebungen, Strebungskomplexe ausgebildet hat“ und einen bleibenden Defekt im Sinne der Schizophrenie darstellt) heraus und wirft die Frage auf: „Erzeugt denn eine Inhaltsverfälschung, ein System von Residualwahnideen z. B., die schizophrene Assoziationsstörung mit ihren Folgen?“

Bleuler ist also, wie man sieht, außerstande, dem Gedanken Raum zu geben, daß schizophrene Symptome weiter bestehen können, wenn die Grundstörung, aus der sie sich ergeben haben, nicht mehr weiterbesteht, weil eben der Krankheitsprozeß, aus dem sie resultierte, abgelaufen ist. „Die schizophrenen Symptome sollen nun nicht“, fragt er erstaunt, „mit aktueller Störung der Aktivität, sondern mit einem in die Vergangenheit hinein supponierten [1]) solchen Defekt zusammenhängen?“ Ja, warum denn nicht? Hat *Bleuler* derlei noch nie gesehen? Kennt er nicht vielmehr auf allen Gebieten der Pathologie das Vorkommnis, ja das bei vielen Krankheiten geradezu regelmäßige Vorkommnis, daß nach deren Heilung Defekte zurückbleiben: Narben, Verwachsungen, Schrumpfungen usw., kurz Veränderungen, die einen Funktionsdefekt bedingen? Und gerade auf psychischem Gebiete soll derartiges nicht möglich sein, da soll der Satz: cessante causa cessat effectus sich in dem Sinne bewähren, daß mit der Aktivitätsstörung auch alle schizophrenen Symptome mit einem Schlage verschwinden? Die Defekte, welche aus der Aktivitätsschwäche hervorgegangen sind, sind eine fortwirkende causa, geeignet, die Erscheinungen hervorzurufen, die wir in solchen

[1]) Ist der Defekt bloß „supponiert“, läßt sich aus ihm freilich nichts ableiten. Meine Ausführungen beziehen sich auf Fälle, in denen der Defekt „in der Vergangenheit“ tatsächlich bestanden hat.



Fällen eben beobachten. Daß diese Erscheinungen sich nicht mit denen, die der Schizophrene im floriden Krankheitsstadium zeigt, völlig decken, liegt auf der Hand. Es fehlt im Krankheitsbild eben die primäre Aktivitätsschwäche selbst und was an ihr aktuelles Gegebensein gebunden ist. Wenn *Bleuler* fragt: „Erzeugt denn eine Inhaltsverfälschung, ein System von Residualwahnideen z. B., die schizophrene Assoziationsstörung mit ihren Folgen?“ — so ist diese Frage im Grunde nur von rhetorischem, nicht von sachlichem Wert. Versteht *Bleuler* nämlich, wie aus seinen Ausführungen an verschiedenen Stellen hervorgeht, unter „schizophrener Assoziationsstörung“ die sich aus dem Krankheitsprozeß unmittelbar ergebende Grundstörung, so kann diese Assoziationsstörung, da sie somit an den aktuellen Prozeß gebunden ist, im Falle seines Abgelaufenseins oder temporären Aussetzens gar nicht in Erscheinung treten, und es liegt demnach für *Bleuler* kein ersichtlicher Grund vor, mir die kindliche Absicht zuzumuten, die schizophrene Assoziationsstörung aus der Inhaltsverfälschung abzuleiten, also das allein denkbare Verhältnis geradezu umzukehren.

Es ist m. E. unumgänglich nötig, den abnormen Geisteszustand der Schizophrenen nicht nur als ein Seiendes, sondern auch als ein Gewordenes und nach Umständen immer noch Werdendes zu betrachten und ihn somit mit dem Stande des Krankheitsprozesses nicht nur zur Zeit der Beobachtung, sondern auch in der Vergangenheit in Beziehung zu bringen. Was der Schizophrene an psychischen Störungen und Defekten bietet, setzt sich aus zurzeit Entstehendem und aus früher Entstandenem und noch Fortbestehendem zusammen. Für das pathologische Werden gibt es aber — abgesehen von etwa schon von Haus aus bestehenden Anomalien oder Defekten — zwei Ursachen: die Störung der Geistestätigkeit erstens durch den Krankheitsprozeß selbst, zweitens durch die abnormen Verhältnisse im psychozerebralen Apparat, wie sie durch den Krankheitsprozeß erzeugt werden. Erstere Ursache ist daran gebunden, daß der Krankheitsprozeß im Gange ist, letztere hat nur zur Voraussetzung, daß er jemals im Gange war.

Die Störungen, die nach dem Zessieren des eigentlichen Krankprozesses übrig bleiben, sind noch immer durchaus zureichend, die geistige Tätigkeit als schizophren gestört zu charakterisieren. Wie es um Intensität und Fülle der schizophrenen Symptome in solchen Fällen steht, hängt von einer ganzen Reihe von Umständen ab, vor allem davon, wie lange der Krankheitsprozeß im Gange war, und welche



Intensität er angenommen hat, dann wohl auch von der dem Individuum von Hause eigenen psychischen Konstitution und dabei namentlich von dem Grade der Widerstandsfähigkeit seines Geistes gegenüber seine Funktion störenden Momenten, bzw. seiner Regenerationsfähigkeit nach Einwirkung solcher. Es ist ganz merkwürdig, wie oft eine relativ kurze Dauer des Prozesses bei mittlerer Intensität dazu ausreicht, einen Erkrankten auf Lebensdauer in einen Automaten mit tief reduziertem Geistesleben zu verwandeln, und wie umgekehrt aus langer und schwerer Krankheit Schizophrene hervorgehen, die habituell nicht viel mehr aufweisen als ein paar Automatismen, Schrullen, auffällige Redewendungen und ab und zu mehr oder weniger charakteristische Einfälle oder Ideenverbindungen vielleicht neben gewissen Störungen in der Gefühlssphäre.

Daß *Bleuler* gegen meine Auffassung einwenden zu können glaubt, daß sich die schizophrenen Symptome keineswegs „irgendwie proportional dem erweisen, was (dann) psychische Aktivität genannt wird" (II, 157), muß mir bei solchen Erwägungen fast unerklärlich erscheinen. Proportional der Intensität der Aktivitätsstörung könnten und müßten die Symptome dann sein, wenn nur das Jetzt, nicht auch das Früher in Betracht käme —, was aber eben nicht zutrifft. Da sich das jeweils zu beobachtende schizophrene Symptomenbild aus Gewordenem und Neuwerdendem und in sekundären Fällen fast nur aus Gewordenem zusammensetzt, kann eine „Proportionalität" zwischen ihm und dem Ausmaße der zurzeit konstatierten Aktivität nicht bestehen.

Nebenbei kommt *Bleuler* auch auf die Fälle zu sprechen, in denen nach meiner Ansicht nicht eine kontinuierliche, über die Dauer der Krankheit hin gleichmäßig andauernde, sondern eine phasenweise ein- und wieder aussetzende oder eine phasenweise vertiefte Herabsetzung der psychischen Aktivität vorliegt: „Dann soll sich die Energiestörung dadurch kundtun, daß nur die konstante Festhaltung des Niveau mental nicht möglich sei. Auch das kommt natürlich oft vor; aber wenn die Kranken nun Energie zeigen, daneben aber doch die schizophrenen Symptome?" Ich habe einige von diesen Fällen lange Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt und habe konstatieren können, daß die schizophrenen Symptome in den Phasen des tiefer gesunkenen Niveau mental stets viel ausgeprägter und reichhaltiger waren als in denen des gehobenen Niveau mental, ja daß in früheren Stadien der Krankheit die Phasen letzterer Art fast frei waren von deutlichen schizophrenen Symptomen und sich solche erst allmählich bei längerer



Krankheitsdauer auch in diesen Phasen in wachsender Ausprägung einstellten, was mir wieder den Gedanken naheliegend erscheinen läßt, daß jene Phasen es sind, in denen die schizophrenen Symptome entstehen, um dann auch in diejenigen Phasen sozusagen überzugehen, die nicht geeignet sind, sie entstehen zu lassen. In den Phasen mit herabgesetzter Aktivität haben wir die schizophrenen Symptome gleichsam in statu nascendi vor uns, in den Phasen mit wieder gehobener Aktivität beobachten wir, was von diesen Symptomen trotz der Änderung des Standes der Aktivität weiter bestehen bleibt.

Wenn ich oben ausgeführt habe, daß sich nach Ablauf des eigentlichen Krankheitsprozesses die Grundstörung: primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität unter Umständen ganz oder doch so weit zurückbilden kann, daß ein ins Gewicht fallendes Manko jedenfalls nicht mehr konstatiert werden kann, so möchte ich doch wieder ausdrücklichst betonen, daß mir eine völlige Behebung des Aktivitäts-Defektes auch nach Ablauf des Prozesses als seltene Ausnahme erscheint, — auf die Gefahr hin, daß man darin einen Widerspruch zu meiner Aufstellung erblicken könnte, nach der die Insuffizienz der psychischen Aktivität das unmittelbare Ergebnis des Krankheitsprozesses ist. Die Lösung dieses scheinbaren Widerspruches ergibt sich m. E. aus einer Erwägung, mit der ich mich eng an eine Überlegung anlehne, der *Bleuler* Raum gibt. Er nimmt, wie bereits oben erwähnt wurde, „bei der Schizophrenie eine Verminderung der Schaltspannung“ an, welche eine „direkte Folge irgendeiner chemischen oder anatomischen oder molekulären Hirnveränderung ist“, und findet, daß es zwei Möglichkeiten des Hervorgehens der „Verminderung der Schaltspannung“ aus dieser Hirnveränderung“ gibt: „Ob dabei die Kontakte mehr gelockert sind, so daß die spannenden Kräfte weniger fixierenden Erfolg haben, oder ob die letzteren geringer seien, ist offen zu lassen.“

Daß mir die Version von den „mehr gelockerten Kontakten“, auch wenn ich mich ganz auf *Bleuler*s Idee der „Schaltspannung“ einzugehen bemühe, bei der von *Bleuler* selbst angenommenen Entstehung dieser „Spannung“ nicht annehmbar erscheint, habe ich oben ausgeführt. Andrerseits stimme ich aber der Ansicht *Bleuler*s bei, daß von vornherein die zwei Möglichkeiten für die Begründung der unzureichenden Wirksamkeit der „spannenden Kräfte“ gegeben sind. Auch nehme ich zwei Möglichkeiten an: die Erscheinungen der Insuffizienz der psychischen Aktivität können entweder darin begründet sein, daß der aktivierende Faktor selbst insuffizient ist, oder

darin, daß der an sich nicht in seiner Intensität herabgesetzte aktivierende Faktor pathologisch verstärkten Widerständen begegnet. *Bleuler* meint, die Frage sei offen zu lassen, ob das eine oder das andere zutrifft.

Ich meine, daß beide Möglichkeiten in Betracht kommen. Solange der Krankheitsprozeß andauert, sind „die spannenden Kräfte geringer", d. h. nach meiner Auffassung: wird der psychokortikale Apparat wegen Insuffizienz des aktivierenden Faktors nicht zureichend aktiviert[1]), die Symptome der Aktivitätsschwäche sind Folge unzureichender Aktivierung. Je nach Dauer und Intensität des Krankheitsprozesses stellen sich im psychokortikalen Apparate mehr oder weniger tiefgreifende Veränderungen ein, welche zur Folge haben, daß, um wieder mit *Bleuler* zu reden, „die spannenden Kräfte weniger fixierenden Erfolg haben", d. h. nach meiner Auffassung: der psychokortikale Apparat büßt an Ansprechbarkeit für den aktivierenden Faktor[1]) ein, die Symptome der Aktivitätsschwäche sind nunmehr Folge unzureichender Aktivierbarkeit (der Intentionen). In dem Maße, als sich jene Veränderungen als unkorrigierbar, als bleibend erweisen, muß somit die Insuffizienz der psychischen Aktivität auch dann persistieren, wenn der eigentliche Krankheitsprozeß aufgehört hat.

Es liegt m. E. auf der Hand, daß es für die Gestaltung des Krankheitsbildes nicht gleichgültig sein kann, ob ein Defekt des aktivierenden Faktors oder ein Defekt der Aktivierbarkeit, bzw. mehr der eine oder der andere — scharf sind ja nicht alle Fälle gegeneinander abzugrenzen, es gibt vielmehr Übergangsfälle aller Art — im Spiele ist. Der Aktivierungsdefekt liegt den Fällen zugrunde, welche richtigerweise als „frische Erkrankungen oder Schübe" angesprochen werden, der Aktivierbarkeitsdefekt dagegen dem Großteil jener zahlreichen stationären Fälle, die vor allem unsere Pflegeanstalten bevölkern. In chronischen Fällen — als solche hätten von Rechts wegen nur die zu gelten, in denen auf eine chronische Fortdauer des eigentlichen Krankheitsprozesses geschlossen werden muß — macht sich neben dem Aktivierungs- allmählich auch der Aktivierbarkeitsdefekt geltend.

Was der Defekt der Aktivierbarkeit bedeutet, wie er sich psychisch ausdrücken muß, ist leicht einzusehen. Zunächst führt er dazu, daß habituelle Leitideen im geistigen Leben

[1]) Diese Annahmen sind, wie ich betone, an keine spezielle Auffassung der Provenienz des aktivierenden Faktors, also auch nicht etwa an meine Theorie, gebunden.



noch mehr hervortreten als unter normalen Umständen. Der sekundär Schizophrene ist noch weit mehr Sklave der Gewohnheiten, als es der Gesunde schon ist. Dabei ist das Ich ärmer an habituellen Ideen geworden, — weil auch unter den habituellen Ideen eine Abstufung der Aktivierbarkeit besteht, von den stets paraten bis zu schon ziemlich schwer aktivierbaren, was im Falle einer pathologischen Störung der Aktivierbarkeit dazu führen muß, daß nur eine dem Grade dieser Störung entsprechend verringerte Zahl der habituellen Ideen jeweils in Aktion tritt und es schon besonders intensiver Anregungen bedarf, Ideen in Wirksamkeit zu versetzen, die sich unter normalen Umständen auf jene Reize hin, wie sie das Alltagleben ständig mit sich bringt, einstellen. Das Ich hat an Zusammengesetztheit verloren, ist simpler geworden. Sein „geistiger Horizont" ist eingeschränkt, wie sich schon eine Reihe älterer Autoren ausgedrückt hat, d. h. sein Interessenkreis, der Kreis seiner funktionsbereiten Ideen, ist kleiner geworden. Die wenigen dem Ich sozusagen noch zu Gebote stehenden Ideen erweisen sich dabei dem Anscheine nach oft als recht kräftig, dies um so mehr, als die kritischen Hemmungen, die unter normalen Umständen einsetzen würden, infolge des Aktivierbarkeitsdefektes zum großen Teile ausbleiben. So wird oft im engen Kreise der noch wirksamen Ideen eine Aktivität entfaltet, die unter Umständen (vgl. *Bleulers* „schizophrene Weltverbesserer") ein nicht unbeträchtliches Maß erreicht. Aber dies spricht keineswegs dagegen, daß die psychische Aktivität im ganzen nicht doch herabgesetzt sei; es gehört nicht viel Aktivität dazu, einen Gedankengang, der sich der Hauptsache nach stets gleichbleibt — und die Schizophrenen, um die es sich da handelt, reiten ja immer dasselbe Steckenpferd —, auch sogar mit einem gewissen Schein von Nachdruck zu verfolgen. Die Hartnäckigkeit, mit der derartige Kranke ihre paar Ideen immer wieder spielen lassen, darf nicht mit kräftiger, schöpferischer Aktivität verwechselt werden; sie ist vielmehr der Ausdruck des Nicht-loskommen-könnens von den spärlichen Ideen, die im Laufe der Krankheitsentwicklung aus konstellativen und affektiven Gründen übermächtig geworden sind in der Öde der in der Aktivitätsschwäche begründeten Intentions-Armut. Auch ist m. E. zu berücksichtigen, daß die oft keineswegs geringe Affektivität, mit der Kranke dieser Art Einwänden gegen ihre Anschauungen, insoweit sie auf solche überhaupt eingehen, begegnen, einen höheren Grad von Aktivität vorzutäuschen geeignet ist, — ein Gesichtspunkt, den freilich der nicht gelten lassen kann, dem die Aktivität und die Affekti-

vitätin einen Begriff verschwimmen. — Weitere Zeichen des Aktivierbarkeitsdefektes der sekundär Schizophrenen ist ihre Unzugänglichkeit gegen von anderen kommende Einwände. Schon äußerlich drückt sie sich darin aus, daß die Kranken, wie so oft zu beobachten ist, die Einwände förmlich überhören. Ob und inwieweit dabei Negativismus im engeren Sinne im Spiele oder nur das Unvermögen, von dem eigenen Gedankengange weg auf den Einwand überzugehen, maßgebend ist, scheint mir oft kaum zu entscheiden zu sein. Wird der Einwand überhaupt aufgefaßt, so wird er kaum je ernstlich überdacht und in der Regel vorweg, oft mit beträchtlichem Affekt, abgelehnt, — ein Ergebnis der dem Aktivierbarkeitsdefekte entsprechend herabgesetzten Versatilität des Geistes, wohl zumeist im Vereine mit negativistischer Tendenz. — Ganz besonders erscheint mir die Vernachlässigung der Logik und der Kritik, wie sie sekundär Schizophrene meist eklatant zeigen, als Ergebnis des Aktivierbarkeitsdefektes, ist doch m. E. die Logik im Denken an die zulängliche Wirksamkeit, also vor allem Aktivierbarkeit und Aktivierung, der logischen Leitideen gebunden, wie die Kritik an die all der Intentionen, die auf die Scheidung des Richtigen vom Unrichtigen, des Wirklichen vom Unwirklichen (bloß Gedachten, material Falschen) gehen. Was der sekundär Schizophrene an Aktivität aufbringt, reicht gerade dazu aus, die Gedanken so zu formen, wie er sie eben produziert, oder sie geformt, wie sie von früher her schon sind, zu reproduzieren, nicht aber auch dazu, sich ihnen gegenüber auch noch logisch und kritisch „einzustellen"; diese Einstellung erforderte übrigens dem sekundär schizophrenen Aktivierbarkeitsdefekt gegenüber eine Intensität des aktivierenden Faktors, die über das unter normalen Verhältnissen zureichende Maß sogar hinausgingen. Daß auch bei der Vernachlässigung der Logik und der Kritik Negativismus, also negativistische Hintansetzung der Logik und Kritik, mit im Spiele sein kann, sei nur nebenbei bemerkt. — Die dem Aktivierbarkeitsdefekte entspringende Unfähigkeit, die Wirklichkeit zu erfassen und sie im Denken mit in Rechnung zu ziehen, ruft leicht den Eindruck der aktiven Abkehr von der Wirklichkeit und des aktiven Sichversenkens in die eigene Gedankenwelt hervor, um so mehr, wenn die Abkehr von der Wirklichkeit einen gewissen negativistischen Zug erkennen läßt. Der Hauptsache nach scheint mir der Autismus (*Bleuler*) aber eben doch ein mehr direkt aus dem Aktivitäts-, bzw. Aktivierbarkeitsdefekte hervorgehendes schizophrenes Symptom zu sein.

Aus dem, was ich unter „Inhaltsverfälschung" zusammen-

fasse, und aus der Aktivierungs-Erschwerung mit ihren eben bezeichneten Folgen setzt sich die schizophrene Demenz zusammen. Das „Unechte" dieser Demenz („Pseudodemenz") ist darin begründet, daß erstens die verfälschten Inhalte die vor der Krankheit erworbenen logisch richtigen und material wahren Inhalte nur überwuchert, gleichsam verdrängt, nicht aber erdrückt, getilgt oder sonstwie völlig eliminiert haben, daß der Kranke mit anderen Worten außer den verfälschten Inhalten immer auch noch die unverfälschten Inhalte in seinem Gedächtnisschatze behalten hat, daß also hinter seiner krankhaft veränderten Persönlichkeit mit ihren verfälschten Begriffen, Gedanken, Ideenverbindungen, Strebungen, Handlungen und mit all ihren Schrullen immer noch die ursprüngliche Persönlichkeit steckt, freilich mit durch die Macht der lebhafteren, pathologisch veränderten Persönlichkeit immer stark beeinträchtigter und oft nahezu oder auch ganz aufgehobener Aussicht, bzw. Fähigkeit, durchzubrechen, aktuell zu werden[1]), zweitens darin, daß — abgesehen von ganz schweren Fällen, in denen wohl auch niemand mehr von „Unechtheit" der Demenz sprechen wird — eben nur eine Erschwerung, nicht eine völlige Unmöglichkeit der Aktivierung aller der Intentionen vorliegt, deren Wirksamkeit zum richtigen und wahren Denken nötig ist, so daß diese Intentionen unter gewissen, ihre Aktivierung besonders begünstigenden Umständen gelegentlich doch in Aktion treten können.

Ganz mißverstanden hat mich *Bleuler* in folgendem Punkte. Ich habe in meiner ersten Arbeit gesagt (S. 155): „Wenn ein Kranker erklärt, daß ‚Epaminondas die Akropolis mit Kanonenbooten belagert hat', so ist nicht, wie *Bleuler* meint, zu schließen, daß ‚entweder Epaminondas

[1]) Einer der paranoiden Hypophrenen, die ich derzeit zu beobachten Gelegenheit habe, drückt dies folgendermaßen aus: „Der gesunde Mensch in mir ist nicht untergegangen, aber beherrscht — von Gott einerseits, dem Satan andererseits". Dieser Kranke macht auch höchst charakteristische Äußerungen über seinen psychischen Zustand (Insuffizienz der psychischen Aktivität): „Dämonische eigentümliche Verdüsterung meines Seelenlebens", — „eigentümliche schwere seelische Dauernarkose", — „eigentümlicher kranker Zauberbann", — „Erwachen, das wäre wohl die richtigste Bezeichnung für mein Genesen!" — „Ich stehe unter einem geistigen Zwange, kann mich daher in meinem Handeln nicht so frei geben, als ich mich geben könnte, wenn ich nicht unter dem Zwange stünde", — „das Seelenvermögen wird bei mir oft verdüstert, verwirrt, betäubt. Durch Beschäftigung kann ich mich vor der drohenden Narkose — das ist die Krankheit — retten", — „die hiesigen Verhältnisse haben etwas Lähmendes an sich. Sie bewirken, daß ich mich leicht in die Passivität begebe; da wird dann mein Geist durchwühlt, durchfoltert."

aus seinen assoziativen Verbindungen mit dem Altertum losgelöst und in die neue Zeit versetzt worden, oder die Kanonenboote ihres modernen Charakters entkleidet' seien. Solche Äußerungen zeigen vielmehr, daß der Schizophrene nicht imstande ist, die ganze Situation, um die es sich jeweils handelt, denkend zu umfassen, und daher von irgendeinem Teilmotiv einseitig geleitet wird. Im speziellen Falle drängt sich die ‚Belagerung' vor, alles andere tritt zurück. Assoziationen zu ‚Belagerung', darunter etwa prävalierend die Erinnerung an eine Zeitungsnotiz über eine Belagerung mit Kanonenbooten werden rege — und die unsinnige Behauptung des Kranken ist fertig." Dazu bemerkt nun *Bleuler* (II, S. 155): „Das heißt, *Berze* sagt zunächst mit anderen Worten genau das gleiche, was er bei mir zu bekämpfen vorgibt; denn wenn man sich von der ‚ganzen Situation' nicht mehr leiten läßt, sondern von einem Teilmotiv, so ist eben eine assoziative Verbindung wirkunglos geworden, die beim Gesunden vorhanden ist und die weiteren Assoziationen beeinflußt. Und was *Berze* die ‚Dürftigkeit des Bewußtseinsstromes' nennt, ist bei mir der Ausfall der Assoziationen." *Bleuler* konstruiert da eine Übereinstimmung zwischen ihm und mir, die tatsächlich nicht besteht. Was ihn dazu verleitet, geht aus seinen Ausführungen klar hervor: *Bleuler* wirft wieder zwei Begriffe, die m. E. voneinander wohl zu unterscheiden sind, zusammen, indem er sagt, eine assoziative Verbindung sei „wirkunglos geworden", und kurz darauf, wie wenn damit das gleiche gesagt wäre, von „Ausfall der Assoziationen" spricht. Wäre „Wirkunglos"-geworden-sein und „Ausfall" der Assoziationen dasselbe, so bestünde in der Tat zwischen seiner und meiner Auffassung kein wesentlicher Unterschied. Aber nur für *Bleuler* gehen die beiden genannten Begriffe in einen auf, weil für ihn auch das Denken im Assoziieren aufgeht, — nicht für mich. Wie ich mir die Dinge denke, kann „eine assoziative Verbindung" auch „wirkunglos" werden, d. h. ihren Einfluß auf die Gestaltung eines Gedankens einbüßen, obwohl sie nicht ausgefallen ist, — nämlich indem der Denkakt sie nicht mit umfaßt, sie nicht mitberücksichtigt, obwohl sie präsent ist, sie im Falle der Schizophrenie nicht umfaßt deshalb, weil infolge der pathologischen Insuffizienz der psychischen Aktivität die einzelnen Akte nicht weitausgreifend genug, somit „nicht die ganze Situation zu umfassen" geeignet sind, wie ich in meiner ersten Arbeit gesagt habe. Was ich unter Breite des Bewußtseinstromes verstehe, wird nicht etwa bestimmt, wie *Bleuler* zu meinen scheint, durch die mehr oder weniger große Masse der ins Bewußtsein tretenden und in ihm sozusagen direktionslos umherwimmelnden „Assoziationen", sondern durch die mehr oder weniger große Zusammengesetztheit der wirksamen Denkakte, resp. -Intentionen. Mein Denken über Epaminondas ist von vornherein immer dadurch bestimmt, daß ich dabei auf all das „eingestellt" bin, d. h. daß schon in der dem Denkakte zugrunde liegenden Intention all das bereits mit enthalten und wirksam ist, was ich über Epaminondas weiß. Dazu gehört aber die Fähigkeit, in so komplizierter Art eingestellt zu bleiben, so lange eben über Epaminondas gedacht wird. Dies erfordert ein gewisses Maß von psychischer Aktivität. Reicht diese nicht aus, wie dies eben bei der Schizophrenie der Fall ist, so kommt die intentionale Einstellung entweder schon nicht in der erforderlichen Kompliziertheit



zuwege oder wird doch nicht in diesem Stande lang genug erhalten. Fällt aber aus der Einstellung verschiedenes Wesentliche („Teilmotive“!) weg, wird so z. B. aus Epaminondas in der betreffenden Intention ein irgend jemand, der zu irgendeiner Zeit Athen belagert hat, so ist auch dem Gedanken die Bahn freigegeben, daß er dies mit Kanonenbooten getan habe.

Wenn *Bleuler* den Begriff der „Breite des Bewußtseinsstromes“ so genommen hätte, wie ich ihn verstehe und in meiner ersten Arbeit dargestellt habe, würde er wohl auch nicht gesagt haben: „Leider erklärt er (*Berze*) aber mit diesem Ausdruck die positive Seite nicht, denn neben der Dürftigkeit an normalen Assoziationen haben wir bei vielen Schizophrenen einen überschwänglichen Reichtum an abnormen, die irgendwoher kommen müssen.“ Von Dürftigkeit an normalen Assoziationen habe ich meines Wissens überhaupt nicht gesprochen. Dies legt nur wieder *Bleuler* in meine Ausführungen hinein, da er sich die Dürftigkeit des Bewußtseinsstromes nicht anders vorstellen kann als in der Dürftigkeit an Assoziationen begründet und es andererseits unterläßt, sich über meine Auffassung genauer zu informieren, bevor er daran geht, sie zu kritisieren. Auf die Zahl der ins Bewußtsein tretenden „Assoziationen“ kommt es mir gar nicht an; ich muß auch sagen, daß ich nicht den geringsten Anhaltspunkt dafür habe, ob im Bewußtsein des Schizophrenen gemeinhin mehr oder weniger Assoziationen wirksam seien als in dem des Gesunden. *Bleuler* scheint, da er von einem „überschwänglichen Reichtum an abnormen Assoziationen“ spricht, an ein Plus bei der Schizophrenie zu denken; seine Gründe kenne ich nicht. Ich sehe bloß, daß bei der Schizophrenie in so und so vielen Fällen ein mehr oder weniger großer Teil der normalen bzw. unter normalen Umständen zu erwartenden „Assoziationen“ nicht zur Wirkung kommt und an ihrer Stelle abnorme wirksam werden, — und dies geschieht nach meiner Auffassung deshalb, weil die jeweils wirksamen Intentionen nicht dazu ausreichen, alle „normalen“ Assoziationen in den Denkakt einzubeziehen und alle „abnormen“ Assoziationen von ihm auszuschließen. Daß sie nicht ausreichen, liegt aber m. E. daran, daß sie infolge des Aktivitätsdefektes einerseits schon von vornherein in mangelhafter, vor allem zu dürftiger Zusammensetzung aktiviert werden, andererseits, soweit sie überhaupt aktiviert werden, nicht durchwegs zureichend lang aktiviert bleiben, wodurch eine weitere Verschmächtigung der Intentionsmasse (Abnahme der Breite des Bewußtseinsstromes) bedingt sein kann, die bei längeren Gedankengängen ein allmähliches weiteres Absinken des Ergebniswertes ihrer Wirkung zu begründen geeignet ist, vor allem aber freilich daran, daß die Intentionen, soweit



und solange sie aktiviert sind, infolge des Aktivitätsdefektes nicht mit der erst die Hebung aller normalen und den Ausschluß aller abnormen Assoziationen verbürgenden Intensität wirksam sind, daß es also, kurz gesagt, der jeweils wirksamen Intentionsmasse an Inhalt (Komplexion), an Wirkungsintensität und Wirkungsdauer gebricht [1]).

Bleuler führt an der erwähnten Stelle weiter aus: „Wollte nun aber *Berze* sagen, es sei pathologisch, daß der Strom sich nach allen Richtungen verteile, und es brauche Energie der Aktivität dazu, ihn zusammenzuhalten, so habe ich dagegen einzuwenden, daß das phänomenologisch genau und genetisch fast das gleiche wäre, wie wenn ich sage, es gehöre Energie dazu, die Assoziationsspannung aufrechtzuerhalten." Was den Vordersatz betrifft, habe ich zu sagen: Daß sich der Strom „nach allen Richtungen verteile", können wir eigentlich nicht konstatieren. Was wir aus den pathologischen Erscheinungen bei der Schizophrenie, an die *Bleuler* hier denkt, schließen können, ist vielmehr, daß dem „Strome" durch die vorliegende Grundstörung die Möglichkeit geboten wäre, „nach allen Richtungen" weiterzufließen, wenn es nur auf den Faktor ankäme, der unter normalen Umständen von den Faktoren, die die Richtung des Bewußtseinsstromes bestimmen, der maßgebendste ist; denn dieser Faktor, nämlich die jeweils die Denkrichtung bestimmende Intention, ist bei der Schizophrenie infolge der Insuffizienz der psychischen Aktivität zu schwach, die Einhaltung der intendierten Denkrichtung zu erzwingen. Aber von allen den, soweit es bloß auf diesen normalerweise mächtigsten, bei der Schizophrenie aber versagenden Faktor ankommt, möglichen Richtungen schlägt der Bewußtseinsstrom doch immer nur eine ein, indem er sozusagen auf die „Assoziation" abgleitet, die durch die Wirkung anderer Faktoren („ausgeschliffene Bahnen", „Konstellation", „Affektivität") diesen Vorzug erhält. Der Anschein, daß sich der Strom nach verschiedenen Richtungen „verteile", mag dadurch erweckt werden, daß infolge der im Fehlen einer wirksamen Intention begründeten Direktionslosigkeit der Strom seine Richtung häufig ändert, indem ihn die Konstellationen, denen er auf seinem Wege begegnet, immer wieder

[1]) *Bleuler* glaubt mir auch entgegenhalten zu können, „daß wir einen deutlich ‚verschmälerten' Bewußtseinsstrom bei den Organischen und den Imbezillen beobachten, aber ohne schizophrene Syndrome". Dies ist selbstverständlich richtig. Aber bei diesen Organischen und Imbezillen ist die „Verschmälerung" des Bewußtseinsstromes auch ganz anders begründet als bei den Schizophrenen, nämlich in der Dürftigkeit des zur Verfügung stehenden Assoziationsmateriales selbst schon, nicht erst wie bei der Schizophrenie in der Insuffizienz der das dargebotene Assoziationsmaterial erfassenden und zur Wirkung bringenden Intention. Der Imbezille versagt, weil sein geistiger Besitz zu kärglich ist, der Schizophrene, weil er über seinen an sich zureichenden Besitz nicht ungestört und ungeschmälert verfügen kann. Für *Bleuler* gibt es bei seiner streng assoziationspsychologischen Auffassung diese Differenzierung freilich nicht. Mir gelingt sie anstandlos, da ich außer dem Assoziationsvorgange, der bei *Bleuler* alles macht, eben auch noch die psychische Aktivität kenne.



von neuem von der bisherigen Richtung abführen. Der zweite Teil des Vordersatzes („es brauche Energie der Aktivität dazu, ihn (den ‚Strom') zusammenzuhalten") umschreibt in der Tat meine Auffassung in annehmbarer Form; ich bin der Ansicht, daß der „Zusammenhang" des normalen Denkens Wirkung der es „zusammenhaltenden" aktivierten Intentionen ist. Was aber den Nachsatz anbelangt, muß ich sagen, daß von einer „phänomenologischen" Vergleichbarkeit unserer Auffassungen überhaupt nicht gesprochen werden kann, weil *Bleulers* „Assoziationsspannung" kein Phänomen ist, sondern ein theoretischer Begriff [1]), während die psychische Aktivität und ebenso die schizophrene Aktivitäts-Insuffizienz, wie ich sie in hunderten Fällen von Schizophrenie gefunden habe, eben ausgemachte psychische Phänomene sind. Daß sich *Bleuler* in seinen letzten Arbeiten „genetisch" den Theorien, „die eine Abschwächung der psychischen Energie in irgendeiner Weise voraussetzen", obwohl er prinzipiell immer noch die Kampfesstellung gegen sie einnehmen zu können glaubt, auffällig genähert hat, habe ich, in besonderer Bezugnahme auf meine eigene Theorie, bereits ausgeführt.

Wie ich der Behauptung *Bleulers* gegenüber, daß unsere Anschauungen sich so weit decken, daß „der größte Teil der Kontroverse unnötig" sei, nachdrücklich betonen muß, bestehen m. E. noch wesentliche Differenzen zwischen diesen Anschauungen. Worauf ist dies zurückzuführen?

Abgesehen von der großen Verschiedenheit der beiderseitigen psychologischen Grundvorstellungen, vor allem darauf, daß wir mit unseren Betrachtungen sozusagen an verschiedenen Punkten einsetzen. *Bleulers* Theorie basiert auf der Beobachtung, „daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm". Die Störung des Zusammenhanges des psychischen Geschehens bedeutet für ihn bei seinen psychologischen Grundanschauungen „Lockerung der Assoziation". Erst um ihre Entstehung zu erklären, braucht er die Energiestörung; denn „Lockerung" ist unzureichende „Spannung", also Ergebnis unzureichender Energieaufwendung. Ob und wie sich dieser Mangel an Energieaufwendung an sich konstatieren lasse, sich phänomenologisch direkt nachweisen lasse, interessiert ihn weiter nicht. Soweit sie genetisch in Betracht zu ziehen, findet sie für ihn eben in der „Lockerung der Assoziationen" und nur in ihr ihren Ausdruck. Die Energiestörung ist eine beschränkte. — Meine Theorie dagegen setzt gerade bei der Beobachtung ein, daß im Symptomenbilde der meisten

[1]) *Bleuler* spricht selbst (vgl. z. B. II, S. 159) von der „supponierten Assoziationsspannung. Ich „supponiere" die Insuffizienz der psychischen Aktivität nicht; sie wird mir vielmehr von ungezählten Schizophrenen als eine ihnen in deutlichster Weise fühlbare Störung direkt angegeben.



Fälle von Schizophrenie und vor allem der „frischen“ Fälle ein ausgesprochener Mangel an „Energieaufwendung“, um mit *Bleuler* zu reden, direkt konstatierbar ist. Dieser Defekt drückt sich in einer pathologischen Veränderung des Bewußtseins aus, in einer Veränderung, durch welche sich das Bewußtsein des Schizophrenen im eigentlichen Krankheitsstadium vom normalen Wachbewußtsein weg dem Traumbewußtsein, der Intensität des Krankheitsprozesses entsprechend, mehr oder weniger nähert. Wenn das schizophrene Denken mit dem „traumhaften“ Denken verglichen werden kann, wie ja auch unter so vielen anderen *Bleuler* hevorhebt (z B. I, 12), so ergibt sich dies unmittelbar daraus, daß eben das schizophrene Bewußtsein dem Traumbewußtsein verglichen werden kann. Das Wesen beider Bewußtseinszustände muß ich bei meinen psychologischen Grundanschauungen in einer Herabsetzung der psychischen Aktivität erblicken, die im Falle des Traumbewußtseins eine funktionelle, im Falle des schizophrenen Bewußtseins eine in der pathologischen Hirnveränderung begründete ist.

Bleuler sieht selbstverständlich die Erscheinungen, die ich meine, wenn ich von einer Insuffizienz der psychischen Aktivität spreche, auch; aber er spricht nur so nebenbei von ihnen und ist weit davon entfernt, ihnen die Bedeutung beizumessen, die ich ihnen beimesse, indem ich sie als unmittelbaren Ausdruck der psychischen Grundstörung der Schizophrenie betrachte. So fügt er bei Erwähnung der Tatsache, daß „die Schwäche der Schaltspannung durch Willensanstrengung, Aufmerksamkeit, Interesse, d. h. durch psychische oder funktionelle Momente mehr oder weniger überwunden werden kann“, hinzu: „Nicht aber alle elementaren schizophrenen Denkstörungen. Es gibt Zustände, namentlich während lebhafter Entwicklung des Prozesses, wo gerade die Konzentration der Aufmerksamkeit erschwert ist.“ Es gibt also leichtere Fälle von Schizophrenie, in denen „die Schwäche der Schaltspannung“ durch „Konzentration der Aufmerksamkeit“ noch mehr oder weniger überwunden werden kann, und andere, schwerere Fälle, in denen dies nicht möglich ist, weil „gerade die Konzentration der Aufmerksamkeit erschwert ist“. Das meine ich auch; nur fasse ich den Zusammenhang anders auf. Für mich sind „die Schwäche der Schaltspannung“ im Sinne *Bleulers*, d. h. die schizophrene Denkstörung, und die Erschwerung der „Konzentration der Aufmerksamkeit“ nicht zwei verschiedene Dinge, sondern ein und dasselbe Ding, von verschiedenen Seiten betrachtet. In demselben Maße als die „Konzentration der Aufmerksamkeit“ auf das Denken



„erschwert“ ist, tritt die schizophrene Denkstörung (die „Schwäche der Schaltspannung“) zutage. Das schizophrene Denken ist eben ein Denken mit herabgesetzter „Konzentration der Aufmerksamkeit“. Die herabgesetzte „Konzentration“ aber ist der unmittelbarste Ausdruck der Insuffizienz der psychischen Aktivität. Ist der Fehlbetrag an psychischer Aktivität nicht allzu groß, so kann durch weitere Konzentration unter der Wirkung entsprechend starker Reize die Zusammenhangstörung des Denkens noch vorübergehend überwunden werden, ist aber der Fehlbetrag zu groß, so reicht auch die höchst erreichbare Konzentration der verfügbaren Aktivität nicht aus, diesen Erfolg zu erzielen. Oder mit anderen Worten: Das schizophrene Denken ist „zusammenhanglos“, weil infolge der pathologischen Insuffizienz der psychischen Aktivität die Intention, welche das Denken jeweils beherrscht, zu schwach ist. In leichteren Fällen ist eine Verstärkung der Intention (auf dem Wege der „Konzentration“) möglich, die dazu ausreicht, den Zusammenhang des Denkens für die Dauer ihres Anhaltens herzustellen und zu erhalten; in schwereren Fällen gelingt dies nicht mehr.

Bleuler sagt an dieser Stelle weiter: „Umgekehrt verstärkt natürlich das Sichgehenlassen, das anscheinend normal begründet oder ein Symptom der schizophrenen Gleichgültigkeit sein kann, die Folgen der organischen Krankheitsgrundlage.“ Wieder löst da *Bleuler* aus dem Gesamtsymptomenbild der Schizophrenie ein einzelnes Symptom heraus, um es der Grundstörung „Schwäche der Schaltspannung“ gegenüberzustellen: das „Sichgehenlassen“ der Schizophrenen. Zu solchen Konsequenzen mußte *Bleuler* kommen, da er die Grundstörung aus einem einzelnen Symptom, wenn auch freilich aus einem der wesentlichsten Symptome, abzuleiten versucht hat, nämlich aus der schizophrenen Denkstörung (für ihn: Assoziationsstörung). Ich dagegen finde, daß das schizophrene „Sichgehenlassen“ und die „schizophrene Gleichgültigkeit“ überhaupt in gleicher Weise direkter Ausdruck der Grundstörung: Insuffizienz der psychischen Aktivität sind wie die verminderte Konzentrationsfähigkeit und damit das schizophrene Denken. Das Sichgehenlassen des Schizophrenen erklärt sich daraus, daß infolge der Aktivitätsinsuffizienz die Aktivierung einer Unmasse von Intentionen ausbleibt, die unter normalen Verhältnissen durch leichte und mittlere Reize aktiviert werden. Mit anderen Worten: das Sichgehenlassen beruht darauf, daß das zu erwartende „Interesse“ infolge der Aktivitätsinsuffizienz in vielen Fällen nicht geweckt wird und deshalb in den betreffenden Situationen jede An-



regung zur Willensanstrengung und zur Aufmerksamkeit, also zu jenen Anspannungen wegfällt, durch welche die „Schwäche der Schaltspannung", wie *Bleuler* sagt, „überwunden werden kann, bzw. überwunden werden könnte". Das normale Ich befindet sich in einem für Reize dauernd in einem bestimmten Maße ansprechbaren Zustande. Durch die schizophrene Aktivitätsinsuffizienz ist diese Ansprechbarkeit des Ich in dem Maße, welches dem Ausmaße dieses Defektes entspricht, herabgesetzt. Bevor noch *Bleuler* von „Schwäche der Schaltspannung" gesprochen hat, habe ich den Ausdruck Herabsetzung des Tonus, d. h. der Spannung, des Bewußtseins für diese in der Aktivitätsinsuffizienz bedingte Herabsetzung der Ansprechbarkeit des Ich (Funktionsbereitschaft seiner Intentionen) verwendet.

Bleuler nennt die „Schwäche der Schaltspannung" das Grundsymptom der Schizophrenie. Neben diesem Grundsymptom gibt es nach *Bleuler* aber auch eine schizophrene Gleichgültigkeit, ein schizophrenes Sichgehenlassen, „während lebhafter Entwicklung des Prozesses" auch eine schizophrene Erschwerung der Konzentration der Aufmerksamkeit. Dies verträgt sich m. E. nicht mit dem Wesen des Grundsymptoms. Unter dem Grundsymptom verstehe ich dasjenige Symptom einer (Geistes-)Krankheit, aus dem alle anderen Symptome dieser Krankheit abgeleitet werden können. Weist das Krankheitsbild Symptome auf, die aus dem betreffenden Symptom nicht abgeleitet werden können, so kann dieses nicht als das Grundsymptom, sondern höchstens als eines von den Grundsymptomen angesehen werden. Es wäre nun die Annahme keineswegs etwa schon von vornherein abzuweisen, daß die Schizophrenie mehrere Grundsymptome aufweise. So meint es aber *Bleuler* offenbar nicht, wenn auch der Titel seiner ersten Arbeit lautet: Störung der Assoziationsspannung ein Elementarsymptom der Schizophrenien, womit ja die Möglichkeit des Gegebenseins weiterer „Elementarsymptome" offen gelassen wäre; denn nach der „Zusammenfassung" am Schlusse dieser Arbeit wäre die „Schwäche der Schaltspannung die Grundlage der spezifisch schizophrenen Erscheinungen", also nicht eine, sondern die Grundlage dieser Erscheinungen.

Es ist recht schade, daß *Bleuler* nicht untersucht hat, in welchem Verhältnisse die schizophrene Gleichgültigkeit, das schizophrene Sichgehenlassen usw. eigentlich zu seinem Grundsymptom: Schwäche der Schaltspannung stehen. Wie ich meine, haben wir doch immer, wenn wir ein Symptom als Grundsymptom hinstellen wollen, die Pflicht,



zuvörderst zu untersuchen, ob wir der Sache wirklich „auf den Grund" gekommen sind; auch müssen Symptome, die sich nicht unter den Hut des Grundsymptomes bringen lassen [1]), sofort den Verdacht erwecken, daß dies nicht der Fall sei, und jene Untersuchung um so dringlicher erscheinen lassen. Ich bedaure es deshalb so ganz besonders, daß *Bleuler* diese Untersuchung unterlassen hat, — weil ich mir von dem Ergebnisse dieser Untersuchung eine weitere Annäherung *Bleulers* an meinen Standpunkt, ja die Hinwegräumung des letzten wesentlichen Differenzpunktes, versprochen hätte. *Bleuler* ist ja heute auf dem Umwege über die „Schwäche der Schaltspannung" schon so weit gelangt, daß er sein Grundsymptom der Schizophrenie, in der ursprünglichen Fassung: Lockerung der Assoziationen, auf eine Energiestörung, eine Energieschwäche bezieht. Käme er am Ende noch dazu, auch die schizophrene Gleichgültigkeit, das schizophrene Sichgehenlassen, die schizophrene Erschwerung der Aufmerksamkeitskonzentration, kurz alle schizophrenen Erscheinungen, die sozusagen an der „psychotischen Wurzel" dieser Krankheit stehen, auf diese Energieschwäche zu beziehen, so bestände keine wesentliche Differenz mehr zwischen seiner und meiner Auffassung und wäre, was etwa noch so aussähe, einzig auf die in der Verschiedenheit unserer psychologischen Grundanschauungen begründeten Verschiedenheit der Darstellung der „Energieschwäche" zurückzuführen.

Was ich aber dann immer noch zugunsten meiner Auffassung anführen müßte, ist folgendes: Die „spannenden Kräfte", die nach *Bleuler* die „Schaltspannung" bewirken, hängen sozusagen in der Luft; „es wird Energie aufgewendet", „es wird Energie auf das Denken gewendet" u. dgl. ist alles, was uns *Bleuler* über diesen offenbar doch hochwichtigen Vorgang zu sagen weiß. Nicht einmal darüber erfahren wir etwas, ob diesem Vorgange selbst etwas Psychisches entspricht, oder ob es sich um einen außerbewußten Vorgang handelt, auf den nur aus seinem Ergebnisse, der Assoziationsspannung, geschlossen werden kann; da *Bleuler* sagt, er „erschließe den Energiemangel aus den und den Umständen, er „vermute eine Energieschwäche" usw., scheint er es aber jedenfalls auf unmittelbare Erscheinungen der „Energieschwäche" nicht abgesehen zu haben. Die Insuffizienz der psychischen Aktivität in meinem Sinne dagegen ist nicht bloß ver-

[1]) Vielleicht ist übrigens *Bleuler* nicht dieser Meinung, vielleicht vermag er die schizophrene Gleichgültigkeit usw. aus der „Schwäche der Schaltspannung" abzuleiten; jedenfalls hat er aber darüber noch nichts verlauten lassen.



mutet oder erschlossen, sondern beobachtet, und gerade diese Tatsache ist es, die mir die Sicherheit gewährt, daß ich in meiner Annahme nicht irren könne, wenigstens in einem wesentlichen Punkte nicht.

Ein Einwand *Bleulers* lautet: „Nun müssen wir uns fragen, gibt es denn bei anderen Zuständen, bei Ermüdung, Vergiftung, bei Organischen, bei Idioten nicht auch verminderte Aktivität? Warum fehlen da die schizophrenen Symptome?" *Bleuler* glaubt auch im voraus zu wissen, wie ich mich zu diesem Einwand stellen werde: „*Berze* mag allerdings einwenden, es seien das keine Aktivitätsstörungen in seinem Sinne. Es ist dann aber an ihm, den Unterschied aus anderen Anhaltspunkten zu beweisen, sonst würde er sich im Kreise drehen . . ." Diese Warnung kann mich nicht hindern, der Meinung Ausdruck zu geben, daß in der Tat das meiste von dem, was *Bleuler* da als „verminderte Aktivität" hinstellt, überhaupt nicht als Aktivitätsstörung, geschweige denn als Aktivitätsstörung „in meinem Sinne", d. h. als Aktivitätsstörung, wie ich sie bei der Schizophrenie nachgewiesen habe, anzusehen sein dürfte. Dies beweist mir vor allem die Erwähnung der Idioten unter den Zuständen, bei denen „verminderte Aktivität" nach *Bleuler* vorkommt. Die verminderte Aktivität der stumpfen (apathischen) Idioten hat mit der schizophrenen Aktivitätsschwäche aber schon gar nichts gemein. Von einer Bewußtseinsstörung, wie sie durch Aktivitätsinsuffizienz bedingt ist, und von einer Bewußtseinsstörung überhaupt, ist bei der Idiotie keine Rede. Was die verminderte Aktivität der apathischen Idioten bedingt, ist ihre verminderte affektive Erregbarkeit. Wo aber neben dieser Affektivitätsinsuffizienz eine primäre Aktivitätsinsuffizienz mit im Spiele ist, wie bei den Fällen von Pfropfhebephrenien (bzw. Pfropfschizophrenien nach *Bleuler*) und den noch zahlreicheren Fällen, die den Übergang von der einfachen Idiotie zur Pfropfhebephrenie bilden, fehlen eben auch die schizophrenen Züge nicht. Was „die Organischen" betrifft, ist es unmöglich, eine generelle Antwort auf *Bleulers* Fragen zu geben, da die Verhältnisse je nach der speziellen Natur jedes einzelnen Falles verschieden liegen. Zugegeben sei, daß die Fälle „symptomatischer Katatonie" im ganzen selten sind. Woran das liegt, vermag ich wieder generell nicht zu sagen. Am nächsten liegt mir der Gedanke, daß grobe anatomische Veränderungen — und um solche handelt es sich bei der großen Mehrzahl der Organischen — eben im allgemeinen nicht geeignet seien, das schizophrene Syndrom im Gesamtbilde der psychischen Störungen hervortreten zu lassen.



Die Hirnveränderung, die das Bild der Schizophrenie entstehen zu lassen geeignet sein soll, muß zweifellos einerseits subtilerer Natur, andererseits wieder so geartet sein, daß sie die Funktion der ganzen Rinde, soweit sie „psychischer Apparat" ist, im Sinne der Aktivitätsinsuffizienz herabsetzt. *Reichardt* erklärt: „Wenn geistige Störungen bei Erkrankungen des Hirnstammes nicht noch häufiger auftreten, so ist u. a. die Lebenswichtigkeit des Hirnstammes zu berücksichtigen; die Kranken sterben oft eher, als bis es zu psychischen Störungen kommt." — *Bleuler* nimmt an, daß die „Verminderung der Schaltspannung" bei der Schizophrenie „die direkte Folge irgendeiner chemischen oder anatomischen oder molekularen Hirnveränderung ist". Wie kommt es, könnte man auch da fragen, daß im Verlaufe der verschiedenartigen diffusen Rindenprozesse so relativ selten schizophrene Züge hervortreten [1]), wo man doch annehmen sollte, daß in irgendeiner Phase vieler derartiger Prozesse eine Hirnveränderung bestehe, die beiläufig der Hirnveränderung bei der Schizophrenie entspricht oder diese Hirnveränderung wenigstens mit einschließt? Es scheint eben doch notwendig zu sein, daß man sich die Hirnveränderung bei der Schizophrenie als eine ganz eigenartige denkt, gleichviel ob man nun der Ansicht ist, daß, wie ich annehme, der eigentliche Angriffspunkt in subkortikalen Gebieten zu suchen sei oder daß die Störung direkt in der Rinde einsetze. — Wenn *Bleuler* fragt, warum bei gewissen Vergiftungen trotz verminderter Aktivität die schizophrenen Symptome fehlen, muß ich ihm entgegenhalten, daß die Psychiater — leider — viele Arten von Vergiftungen nur höchst selten zu sehen bekommen, da die Fälle zumeist auf „interne" Abteilungen bzw. Kliniken gebracht werden und dort ablaufen, und daß wir daher gar nicht so strikte behaupten können, daß bei Vergiftungen

[1]) In der zweiten Arbeit *Bleulers* heißt es (S. 158), daß es u. a. „bei Organischen" verminderte Aktivität gebe, daß da aber die schizophrenen Symptome fehlen. In der ersten führte *Bleuler* aus: „Dagegen müssen wir uns fragen, ob nicht ausnahmsweise auch paralytische, senile oder andere grob organische Prozesse die Schaltspannung merkbar beeinflussen können ..... Dafür sprechen die nicht seltenen schizophrenieartigen Symptome bei organischen Psychosen" (I, S. 14). Sollten diese „nicht seltenen" Fälle maliziöserweise gerade solche sein, in denen eine „verminderte Aktivität" nicht vorliegt? Nach meiner Erfahrung ist es umgekehrt: In den, soweit ich sehe, relativ seltenen Fällen von Prozessen der erwähnten Art, in denen vorübergehend „schizophrenieartige Symptome" zu konstatieren sind, läßt sich in der Regel auch pünktlich die Aktivitätsschwäche nachweisen.



der bezeichneten Art die schizophrenen Symptome, bzw. schizophrene Züge, regelmäßig fehlen[1]).

Im Frühjahr 1920 hatte ich z. B. ganz zufällig Gelegenheit, eine Gesellschaft von 5 Personen, die von einer mit Atropin versetzten Speise genossen hatten, zu beobachten. Bei einer Person, die auch sonst die schwersten Vergiftungserscheinungen aufwies, kam es bald zu einem ausgesprochenen Delirium mit großer Aufregung, Halluzinationen, Schwatzhaftigkeit und lebhaftem Bewegungstrieb, allmählich zu tobsüchtiger Erregung anwachsend. Zwei leicht Vergiftete zeigten außer den typischen körperlichen Symptomen nur eine gewisse unruhige Hast und Gereiztheit. Bei zwei mittelschweren Fällen endlich stellte sich aber nach ungefähr eine Stunde währender Unruhe ohne sonstige auffällige psychische Störung ein Zustand ein, in dem Symptome zu beobachten waren, die zum Teil auch für jeden anderen Beobachter von analogen schizophrenen Symptomen kaum sicher zu unterscheiden gewesen wären: vor allem eine traumhafte Denkstörung ganz nach Art der schizophrenen, Intentionsarmut, Zerfahrenheit des Gedankenganges bei fehlender Zielvorstellung, ablehnende Gereiztheit, Perseveration, Halluzinationen, namentlich im Bereiche des allgemeinen Sinnes, und besonders auffällige Depersonalisationserscheinungen (der eine äußerte, er komme sich wie ein Automat vor, seine Reden und sein Handeln sei von seinem Ich „separiert", er komme sich vor, wie wenn er sich selbst dabei zusähe, der andere gab ähnliches an und sagte, als er in ein Nachtgeschirr zu urinieren versuchte, auf den neben ihm stehenden V. weisend: „Jetzt weiß ich nicht, schiffe[2]) ich oder schifft der V."). Es fällt mir selbstverständlich nicht ein, die psychischen Krankheitserscheinungen, welche die zwei letzterwähnten Personen boten, geradezu als schizophrenes Syndrom hinzustellen, zumal viele von den Symptomen auch bei ganz andersartigen Störungen vorkommen, andererseits eine Reihe charakteristischer Schizophreniesymptome im Bilde fehlt und das ganze Ensemble doch ein bei weitem anderes ist als in dem zum Vergleiche etwa heranziehbaren Fällen von Schizophrenie. Aber andererseits drängte sich mir doch zumindest eine gewisse Ähnlichkeit mit bestimmten schizophrenen Bildern auf. Auch muß ich mir sagen, daß in den Fällen von richtiger Schizophrenie, in denen vielleicht eine toxische Störung als Ursache der Hirnveränderung anzunehmen ist, die Verhältnisse denn doch, auch abgesehen von der verschiedenen Natur des toxischen Faktors, ganz anders liegen als in dem Falle einer akuten Vergiftung; der rasche transitorische Ablauf — in den oben erwähnten zwei Vergiftungsfällen traten z. B. die geschilderten Erscheinungen schon nach anderthalb bis zwei Stunden der Hauptsache nach

[1]) Damit will ich, wie ich ausdrücklich betone, den Wert der Beobachtung auf „internen" Abteilungen nicht herabsetzen, sondern nur bemerken, daß von ihr die Berücksichtigung speziell-psychiatrischer Begriffe bei der Darstellung der beobachteten Symptome im allgemeinen nicht erwartet werden kann.

[2]) Studentenausdruck für Urin lassen, der auch von anderen Kreisen übernommen worden ist.



wieder zurück — gestattet keine eigentliche Krankheits-Entwicklung, wie sie selbst bei noch so akut einsetzenden und verlaufenden Schizophreniephasen in Rechnung zu ziehen ist. — Es fehlt auch in der Literatur über akute Vergiftungen nicht an Berichten über Symptome, die vielleicht als schizophren gedeutet werden könnten oder doch eine große Ähnlichkeit mit Schizophreniesymptomen aufweisen. So erwähnt z. B. *Šerko* [1]) in seiner Darstellung der subjektiven Beobachtungen, die er an sich während dreier akuter Mescalinvergiftungen gemacht hat, eine Reihe von Symptomen, die er selbst auf „intrapsychische Parassoziationen" zurückführen möchte, und berichtet insbesondere von seiner dritten Mescalinvergiftung folgendes: „Im Stadium decrementi der Giftung kam (nämlich) diesmal eine assoziative Störung zur Entwicklung vom Typus der Dissoziation, der intrapsychischen Ataxie im Sinne *Stranskys* [2]). Es fiel mir auf, daß ich der Unterhaltung meiner Kollegen .... immer schwerer folgte und schließlich ganz versagte. Das geordnete Mitdenken war in hohem Grade gestört. Es kam fortwährend zu gedanklichen Entgleisungen, zum Auseinanderreißen der Assoziationskette und infolgedessen zu immer wiederkehrender Notwendigkeit, mit dem Gedankenaufbau von neuem zu beginnen. Auch war ich nicht ablenkbar, im Gegenteil, ich haftete vielmehr an wenigen Gedankenelementen, über die ich nicht hinwegkommen konnte. Ich dachte meine Gedanken nur bis zur Hälfte, dann kippte ich um, geriet auf Nebengeleise und mußte vom frischen beginnen. Ähnliches erlebt man zuweilen bei angestrengter geistiger Arbeit im Zustande starker Ermüdung." Daß es sich in diesem Falle um „verminderte Aktivität" handelte oder daß sie doch zumindest in ausschlaggebendem Maße mit im Spiele war, ist m. E. nicht zu bezweifeln. Zeitweise vertiefte sich diese Insuffizienz: „Auf der Höhe der Mescalinvergiftung ist mir (nämlich) wiederholt passiert, daß ich für kurze Augenblicke — wenige Minuten — in einen stuporähnlichen Zustand verfiel. Plötzlich stockte der Gedankenablauf [3]) und ich versank in eine psychische und körperliche Starre, wobei ich alles um mich her vergaß" (*Šerko*, loc. cit.). Der Aktivitätsinsuffizienz entsprechend traten Symptome auf, deren Verwandtschaft mit schizophrenen nicht zu bestreiten ist. Wieder liegt es mir ferne, von einer symptomatischen Schizophrenie zu sprechen; zur Ausbildung einer solchen wäre nach meiner Meinung, wie erwähnt, vor allem eine längere Dauer der Giftwirkung im Sinne der Herabsetzung der psychischen Aktivität nötig.

Dem Einwande *Bleulers*, daß man bei Vergiftungen, bei denen verminderte Aktivität vorliege, keine „schizophrenen Symptome" finde, glaube ich durch den Hinweis auf die Beobachtung *Šerkos* wie auf meine oben vorgebrachten Beobachtungen doch einigermaßen

[1]) *Alfred Šerko*, Im Mescalinrausch (Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. 34. Bd., 1913).

[2]) *Stransky* stellt bekanntlich die „intrapsychische Ataxie" als Grundstörung der Schizophrenie hin.

[3]) Vergleichbar der bei der Schizophrenie oft in Erscheinung tretenden Intentionsleere.



begegnen zu können. — Was die chronischen Vergiftungen, namentlich den chronischen Alkoholismus, betrifft, kann das Vorkommen von Fällen mit verminderter psychischer Aktivität einerseits, schizophrenieartigen Symptomen andererseits wohl nicht in Frage gestellt werden. Wie wir uns in solchen Fällen den Zusammenhang zwischen Vergiftung und Herabsetzung der psychischen Aktivität zu denken haben, ob wir anzunehmen haben, daß bei ihnen der Alkohol die bis dahin schlummernde Anlage zu dieser Störung weckt, oder aber daß er auch ohne solche Anlage die Aktivitätsinsuffizienz zu bewirken vermag, ist für unsere Frage im Grunde gleichgültig. Es kommt uns ja nur darauf an, daß es dort, wo sich Herabsetzung der psychischen Aktivität eben bemerkbar macht, auch an „schizophrenen Symptomen" nicht fehlt. Dann immer ohne weiteres anzunehmen, es müsse doch eine richtige Schizophrenie dahinterstecken, scheint mir ein allzu billiges Auskunftmittel zu sein; auf Grund dieser Annahme aber wieder zu behaupten, die durch die Vergiftung selbst herbeigeführte Herabsetzung der Aktivität führe nicht zu „schizophrenen Symptomen", wäre ein aufgelegter Circulus vitiosus. In seinem Lehrbuche erwähnt *Bleuler* (S. 207) auch den Alkoholstupor im Sinne *Wernickes* und sagt darüber: „Die meisten dieser Kranken müssen wir nach allem der Schizophrenie zuweisen, wobei der Alkoholismus bald als eine mehr zufällige Komplikation erscheint, bald aber als auslösende Ursache des katatonischen Stupors aufgefaßt werden kann." Kann ja so sein, kann aber auch anders sein, nämlich so, daß die Alkoholvergiftung unter Umständen eine Hirnveränderung setzt, die ähnliche Erscheinungen macht wie die der Schizophrenie zugrunde liegende Hirnveränderung.

Was das „dynamische Problem" betrifft, erklärte *Bleuler* in der ersten Arbeit (S. 7), daß „wir von einer ‚psychischen Energie' noch gar keine Vorstellung haben", und daß „wir auch keine Möglichkeit haben, sie abzuschätzen oder gar zu messen, obschon die Begriffe der Energie und Kraft eigentlich subjektive sind", und ebenso betont er in der zweiten Arbeit (S. 159), daß „wir gar keine Anhaltspunkte haben, die Energie psychischer Vorgänge zu messen oder zu vergleichen". Daß es keine Möglichkeit gebe, die „psychische Energie" zu „messen" oder quantitativ „abzuschätzen" steht fest. Wie wieder *Kronfeld* (loc. cit., S. 144) treffend ausführt, sind „Aussagen über mathematisch konstruierbare quantifizierende Bestimmungen wider die Natur der Erkenntnis vom Psychischen zuwiderlaufend, . . . weil es kein extensives Nebeneinander als Schema der Anwendung des

Kraftbegriffes im Psychischen gibt", womit aber durchaus nicht gesagt sein soll, daß „im Psychischen derartige Gesetze nicht bestünden" (S. 162), sondern eben nur, daß wir das Energiegesetz im Psychischen „empirisch nicht zu verifizieren vermögen". Daß wir aber die psychische Energie auch nicht zu „vergleichen" imstande seien — in dem Sinne, daß wir ein Plus oder ein Minus, eine zureichende Intensität oder eine Insuffizienz konstatieren, muß ich entschieden in Abrede stellen. Dies meint auch *Kronfeld*, wenn er sagt: „Bestimmung als gleich, größer und kleiner ist aber auch jenseits der Extensität, jenseits der physikalischen Natur für alles zeitliche Geschehen überhaupt möglich", und wenn er ausspricht, daß „uns diese Überlegung ermöglicht, den Energiebegriff der Physik jenseits der mathematischen Theorie (auf Grund dieses Gesichtspunktes) auch ins Psychische zu übernehmen".

Und tut dies nicht auch *Bleuler*? Zweifellos, — wenn er (I, S. 7) sagt: „Schlaf, Sichgehenlassen und Tätigkeit neben der Aufmerksamkeit, Zerstreutheit, haben nach unsereren geläufigen und unwidersprochenen Vorstellungen das Gemeinsame, daß die aufgewendete Energie vermindert ist", und wenn er weiter erklärt: „Sind wir uns aber auch klar, daß wir über die Natur dieser Dinge noch gar nichts wissen, so müssen wir doch das Etwas, das bei dem Übergange von Schlaf oder Sichgehenlassen zum aufmerksamen Denken graduell variiert, in dem Begriff der Energie unterbringen oder es demselben analogisieren. Dazu zwingt uns die Beobachtung der Abnahme der Leistungen unter den obgenannten Umständen, die Bedeutung der letzteren für die Erholung und das Anstrengungsgefühl und die Ermüdung, wenn man die Aufmerksamkeit anspannt und jene Zustände ausschließt."

Lauter Dinge, die ich ohne weiteres unterschreibe und zum größten Teile bereits selbst vertreten habe! Daß wir „das Etwas, das bei dem Übergange von Schlaf oder Sichgehenlassen zum aufmerksamen Denken graduell variiert, in dem Begriff der Energie unterbringen müssen", darüber sind wir uns einig. Nur auf das Wie kommt es an. Und es ist nicht einzusehen, warum *Bleuler* einerseits für sich die Berechtigung in Anspruch nimmt, die Dinge so in diesem Begriff unterzubringen, wie es ihm gefällt, andrerseits aber mir die Möglichkeit verwehren will, diesen Begriff in der Weise zu verwenden, wie ich es auf Grund meiner Beobachtungen und Betrachtungen für nötig finde. Was ich mit anderen unter psychischer Aktivität verstehe, also die aktive Reproduktion, das aktive Vorstellen, die aktive Aufmerksamkeit, das (aktive) Denken, Urteilen, Schließen, das (aktive)



Überlegen, Wählen, Sichentscheiden, Sichentschließen, das eigentliche Wünschen, Streben, Wollen, Handeln in allen seinen Formen, die kaum überblickbare Fülle von Arten der aktiven Stellungnahme des Ich zu den Dingen und Geschehnissen, — all dies ist so ausgesprochen ein Tätigsein, ein Entfalten von Kraft (des als psychisches „Wirkungszentrum" erscheinenden Ich), daß sich die Anwendung des Energiebegriffes auf alle diese Vollzüge geradezu aufdrängt, zumal uns bei diesen im Aktivitätsgefühle ein unmittelbarer subjektiver Ausdruck der aktiven Energieentfaltung gegeben ist.

Auf ein Minus an psychischer Aktivität schließen wir — ebenso wie *Bleuler* auf die verminderte „Energieaufwendung" — aus der „Abnahme der Leistungen". Wir sehen eine solche — physiologisch — außer im Schlaf, wie *Bleuler* anführt, beim Sichgehenlassen, bei der Tätigkeit neben der Aufmerksamkeit, bei der Zerstreutheit. Wir sehen sie — pathologisch — bei den Schizophrenien oder, wie ich sie auf Grund meiner Auffassung nenne, bei den Hypophrenien[1]. Die „Abnahme der Leistungen" zeigt sich nicht immer in einer Verminderung der Menge des „Geleisteten". Im Gegenteile, Zerstreute oder Sichgehenlassende bringen oft sogar rein quantitativ mehr als sich besonnen Beherrschende hervor, Hypophrene mehr als Gesunde; aber das Produzierte bzw. Reproduzierte hat weniger Wert, weniger Sinn, wird bei weitergehender Verminderung der Energieaufwendung. bzw. bei stärkerer Aktivitätsinsuffizienz barer Unsinn. Das Verhältnis zwischen der geistigen Tätigkeit des Hypophrenen und der des Gesunden ist beiläufig das gleiche wie zwischen der „passiven", ziel- und planlosen und der „aktiven", zielstrebigen, schöpferischen Phantasie. Die erstere ist der Hauptsache nach wiederholend, reproduktiv. die letztere neugestaltend, produktiv; die erstere kümmert sich nicht um Logik und Realität, die letztere hält sich streng an sie; die erstere führt so zu wertlosen, unbrauchbaren, die letztere zu brauchbaren, mehr oder weniger wertvollen Ergebnissen. So muß ein Vergleich der Geistestätigkeit des Hypophrenen mit der des Gesunden eine entschiedene „Abnahme der Leistungen" beim ersteren erkennen lassen. Der hervorgebrachten Menge nach braucht aber die passive der aktiven Phantasie nicht nachzustehen, sie kann hinsichtlich Menge und Reichhaltigkeit der Gebilde diese weit übertreffen. Was zieht oft

[1]) Ich möchte aber ausdrücklich betonen, daß ich nicht weiß, ob, und daß ich keinen Anspruch darauf mache, daß sich mein Hypophreniebegriff dem Inhalt und dem Umfang nach mit *Bleulers* Schizophreniebegriff völlig decke.

nicht alles im Bewußtsein des passiv Phantasierenden vorüber — und was nicht auch in dem des Hypophrenen? Wieviel und wievielerlei faselt nicht oft ein Hypophrener zusammen, wieviel Impulse werden in ihm rege? Ist die Wertlosigkeit, die Unsinnigkeit des Zuwegegebrachten ganz ausgesprochen, so wird man sich durch die Fülle der Äußerungen nicht darüber täuschen lassen, daß eben doch eine „Abnahme der Leistungen", eine Insuffizienz der psychischen Aktivität, wie ich sage, vorliegt. So liegen aber die Dinge nicht immer. Wie bei dem Umstande, daß der Unterschied zwischen aktiver und passiver Phantasie nur ein relativer ist, alle Übergangstufen zwischen beiden möglich sind, so trifft dies bei der Hypophrenie, da ihr ein rein quantitativer Defekt zugrunde liegt, in gleicher Weise zu. Bei geringeren Graden der „Passivität" im Falle der Phantasie und ebenso bei geringeren Graden des Defektes im Falle der Hypophrenie treten aber die inhaltlichen Mängel der „Leistungen" selbstverständlich weniger deutlich hervor, so daß der, der sich bei der Abschätzung des im einzelnen Falle gegebenen Aktivitätsstandes vor allem von der Quantität des Produzierten leiten läßt oder gar die Qualität völlig beiseite läßt, leicht in den Fehler verfallen kann, den Aktivitätsabgang ganz zu übersehen. Wenn mir *Bleuler* immer wieder entgegenhält, daß er die Aktivitätsstörung, wie ich sie aufgezeigt habe, „nur in zu vielen Fällen nicht beobachtete", ja, daß er „viele geradezu aktive Schizophrene sehe" (vgl. II, S. 159), womit er offenbar behaupten will, daß es sogar viele Schizophrene mit auffällig großer Aktivität gebe, kann ich mich der Annahme nicht erwehren, daß *Bleuler* eben nur das Quantum, nicht auch das Quale der Leistungen dieser Schizophrenen berücksichtigt, — abgesehen davon, daß es sich in nicht wenigen Fällen, an die er dabei denkt, um sekundäre Schizophrene handeln dürfte, die — wie oben besprochen, — nicht zur Grundlage dienen können, wenn es sich um die Heraushebung der Grundstörung der eigentlichen (primären) Krankheit handelt.

Wie bei der Abschätzung des Standes der Aktivität auf Grund der Denkleistungen kann man sich auch bei seiner Beurteilung auf Grund der Willensleistungen im engeren Sinne verrechnen, wenn man das Maß vor allem in der Quantität der Wollungen sieht und deren Qualität vernachlässigt. Je triebartiger, je reaktiver das Wollen ist, je mehr sich also die gewollte Handlung als Triebhandlung darstellt, desto weniger psychische Aktivität hat sie zur Voraussetzung, und je mehr an dem Wollen die Willkür hervortritt, je mehr sich die gewollte Handlung als Willkürhandlung (Willkür- oder Wahlakt) dar-

stellt, desto mehr ist sie als Ergebnis der psychischen Aktivität im wahren Sinne charakterisiert, einen desto höheren Grad von psychischer Aktivität hat sie somit auch zur Voraussetzung. Denn erst dieses Wollen, das Wollen im engeren Sinne „ist eine aktive Betätigung des Ich, welches im Willen seinen zentralsten, innersten Kern hat“ (vgl. *Eisler*, Das Wirken der Seele, 1909). Die „Abnahme der Leistungen“ auf dem Gebiete des Willens zeigt sich bei Insuffizienz der psychischen Aktivität daher außer in einer rein quantitativen Verminderung der Willensakte — und in gewissen Fällen weit mehr als in ihr — in einem Absinken des Willens auf die tieferen Stufen seiner Betätigung, in einem Zurücktreten des eigentlichen, des aktiven Willens gegenüber den triebartigen, den einfach reaktiven Vorgängen. Wenn man berücksichtigt, daß es auch „sekundäre“ Triebe gibt, d. h. triebartige Impulse, die durch „Mechanisierung“ aus früheren aktiven Wollungen hervorgegangen sind, so wird man zugeben, daß es nicht immer so leicht ist, aus den beobachteten Willensbetätigungen einen richtigen Schluß auf den Stand der psychischen Aktivität zu ziehen.

Einige Bemerkungen möchte ich noch an *Bleulers* Äußerung knüpfen, daß „die Schwäche der Schaltspannung durch Willensanstrengung, Aufmerksamkeit, Interesse, d. h. durch psychische oder funktionelle Momente mehr oder weniger überwunden werden kann“. Für *Bleuler* ist dies ein Grund mehr für die Annahme, daß der Vorgang, der die theoretische „Schaltspannung“ bewirkt, einer Energie zuzuschreiben sei, „die wir von der übrigen psychischen Energie trennen müssen“; es geht für ihn daraus wieder hervor, daß „bei den Schizophrenen nicht prinzipiell die allgemeine Energie herabgesetzt sein kann, sondern höchstens die zur Aufrechterhaltung der Schaltspannung verwendete“ (I, S. 19). Ich finde, daß wir es nicht nötig haben, zu einer so absonderlichen Konstruktion, wie es die einer eigenen „Schaltspannungs“-Energie ist, unsere Zuflucht zu nehmen; ich sehe, daß nicht der geringste Grund aufgezeigt werden kann, der dagegen spräche, daß das, wozu *Bleuler* die von ihm erfundene Schaltspannung braucht (jenes „dynamische Etwas“, welches macht, daß „die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen so zusammenhängen“, wie es „in der Norm“ eben der Fall ist), genau aus derselben Quelle stammt, genau auf dieselbe Energie und auf dieselbe Art der Energieaufwendung zurückzuführen ist wie die „Willensanstrengung“, die „Aufmerksamkeit“ und all die „psychischen Momente“, durch die — auch nach *Bleuler* — „die Schwäche der Schalt-

spannung ... mehr oder weniger überwunden werden kann". Die Energiestörung, die bei den Hypophrenien (im eigentlichen Krankheitsstadium) vorliegt, ist nach meiner Erfahrung und Auffassung als Insuffizienz der psychischen Aktivität charakterisiert und äußert sich daher in Defekten überall dort und überall in dem Maße, als die psychische Aktivität im Spiele ist[1]). Nur dadurch, daß er aus der Gesamtheit der „schizophrenen" Erscheinungen, diejenigen, welche er auf die „Schwäche der Schaltspannung" bezieht, ganz willkürlich herausgreift und andere schizophrene Erscheinungen, wie die schizophrene „Gleichgültigkeit", das schizophrene „Sichgehenlassen", die schizophrene „Erschwerung der Konzentration der Aufmerksamkeit" usw., ebenso willkürlich bei der Formulierung der Grundstörung außer Betracht läßt, kommt *Bleuler* dagegen zum Ergebnis, daß der Schizophrenie eine beschränkte Energiestörung, nämlich eine Verminderung der Schaltspannungsenergie, zugrunde liege.

Selbstverständlich kann es meine Sache nicht sein, zu zeigen, wie die „Schaltspannung" durch psychische Aktivität bewirkt werde. Ich brauche die Schaltspannung ja nicht; sie ist nichts als eine Konstruktion, die der Assoziationspsychologe braucht. Es läßt sich aber ganz leicht sagen, wie die psychische Aktivität all das macht, wozu *Bleuler* die „Schaltspannung" braucht, wie vor allem durch sie der Zustand herbeigeführt wird, den *Bleuler* als Schaltspannung hinstellt, und wie es daher in der Insuffizienz der psychischen Aktivität begründet ist, daß bei den Schizophrenien die „Schaltspannung geschwächt" ist. Man braucht sich nur von dem Vorurteile freizuhalten, daß sich die psychische Aktivität nur in einzelnen, jeder für sich bewußten und beabsichtigten Sonderakten äußern könne, um einzusehen, daß durch die psychische Aktivität auch jener Zustand des angespannten Funktionierens, resp. der gespannten Funktionsbereitschaft bedingt werde, der den physiologischen Wachzustand ausmacht. Daß die Schaltspannung bei der Schizophrenie geschwächt sei, heißt aber nichts anderes, als daß infolge der Insuffizienz der psychischen Aktivität jene Spannung in der Funktion, bzw. in der Funktionsbereitschaft des Bewußtseins, der „Bewußtseinstonus", wie ich sagte, herabgesetzt ist und nur, insoweit die Konzentration der Aufmerksamkeit (vgl. auch *Bleuler*) noch dazu ausreicht, unter Umständen für die Dauer der Wirksamkeit dieses Momentes verstärkt

[1]) Daß ich die Einwände *Bleulers* samt und sonders nicht für stichhaltig halten kann, habe ich oben zu zeigen versucht.



und gegebenenfalls auch auf eine zureichende, d. h. ein ungestörtes Denken ermöglichende Intensität gebracht werden kann. Man könnte sagen, daß der in leichtem Grade Hypophrene im Wachen sich in dem Zustande befindet, in den der Gesunde erst, um ein Wort *Bleulers* zu gebrauchen, durch das Sichgehenlassen gerät, und daß sich ein solcher Hypophrener sohin nur durch Konzentration der Aufmerksamkeit, also durch aktive Anspannung in den Zustand versetzen kann, bzw. seinen habituellen dem Zustande annähern kann, der beim Gesunden schon mit dem Wachzustande an sich gegeben ist. Viele im leichteren Grade Hypophrene geben uns denn auch an, daß sie wohl noch denken könnten „wie früher", daß ihnen dies aber größere Anstrengung verursache, weil dazu eine stärkere „Aufraffung", ein stärkerer „Aufschwung" zur Überwindung der „unwillkürlichen Gedanken", der „Untergedanken", der „ungedachten Schlüsse", der „mechanischen" Vorgänge im Bewußtsein erforderlich sei. Was das wache Ich unter normalen Umständen sozusagen durch sein Dasein allein schon bewirkt, nämlich daß es alles aus dem Bewußtsein fernhält bzw. verweist, was es nicht zum Gegenstande seiner gegenwärtigen Akte macht, — eine Leistung, die als solche gar nicht Gegenstand der inneren Wahrnehmung wird, da dieser nur Veränderungen im Bewußtsein zugänglich sind —, das kann das Ich des Hypophrenen, da seine kontinuierlich wirksame Kraft dazu nicht ausreicht, eben nur auf dem Wege jener aktiven Anspannung erreichen, wie sie unter normalen Umständen dann erforderlich ist, wenn die zu lösende Aufgabe höhere Ansprüche an das Ich stellt.

Wenn ich mich einmal ganz in *Bleulers* Auffassung hineindenke und meine „Voraussetzungen ganz auf die Seite stelle", wie es *Bleuler* (II, S. 147) haben will, so ist es mir noch immer nicht möglich zuzugeben, daß die Tatsache, daß beim Schizophrenen „die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm", auf einer Störung beruhe, die auf die „Assoziationen" beschränkt ist. Von vornherein sind ja zweifellos zwei Möglichkeiten gegeben; die eine heißt: die Störung liegt im Bereiche der Assoziationen, aus dieser Störung ergibt sich „eine krankhafte Schwierigkeit, mit dem gewöhnlichen Energievorrat die Schaltspannung aufrechtzuerhalten" (*Bleuler* I, S. 19), das Ich kann also, obwohl seine Aktivität **nicht** herabgesetzt ist, infolge der pathologischen Schwierigkeit im Bereiche der Assoziationen nicht zurechtkommen, — die andere heißt: im Bereiche der Assoziationen an sich liegt keine Störung vor, was (dem Assoziationspsychologen) als Störung der Assoziationen er-



scheint, ergibt sich vielmehr daraus, daß die psychische Aktivität und damit die Macht des Einflusses des Ich auf die „Assoziations"-Vorgänge vermindert ist. Immer liegen ja, wenn ein Versagen in Betracht kommt, die Dinge so: entweder geht die Anforderung an die Arbeitskraft über ein gewisses Maß hinaus oder ist die Arbeitskraft unter das erforderliche Maß herabgesunken. — Aber wir müssen die eine dieser, wie gesagt, von vornherein gegebenen Möglichkeiten, nämlich die an erster Stelle erwähnte, als ausgeschlossen ansehen, da wir begründete Anhaltspunkte dafür haben, daß eine Insuffizienz der psychischen Aktivität tatsächlich vorliegt, die zur Erklärung der Denkstörung (der Assoziationsstörung nach *Bleuler*) völlig ausreicht. Bestärkt werden wir in dieser Stellungnahme, wenn wir außer der Denkstörung noch die anderen schizophrenen Störungen, also vor allem die Gleichgültigkeit, das Sichgehenlassen, die Erschwerung der Aufmerksamkeitskonzentration (vgl. *Bleuler*) mitberücksichtigen, Erscheinungen, die aus einer Assoziationsstörung nicht erklärt werden können, ganz zwanglos dagegen aus der Insuffizienz der psychischen Aktivität, da sie ja ihr unmittelbarster Ausdruck sind. Ganz besonders ausschlaggebend sind — für mich wenigstens — die Angaben der Kranken über ihren Bewußtseinszustand. Ich kann mir nicht recht denken, wie sich aus der „Schwäche der Schaltspannung" oder einer sonstigen „Schwierigkeit" im Bereiche der Assoziationen jene Bewußtseinsstörung ableiten lassen soll, welche die Kranken meinen, wenn sie von einem „Halbschlummer", einer „gewissen Lethargie", einem „halbwachen Zustande", einem des „Hinaufschraubens" bedürftigen Bewußtsein, einer „geistigen Schwäche", einer „seelischen Dauernarkose", einer „Lähmung des Ich" usw. sprechen; dagegen scheint mir kein Zweifel darüber möglich, daß die Kranken mit solchen Angaben nichts anderes als die Insuffizienz der psychischen Aktivität meinen. Und dabei sind derartige Angaben keineswegs Seltenheiten; im Gegenteil habe ich sie bisher noch bei keinem Hypophrenen vermißt, dem nach dem Stande seiner Krankheit die Fähigkeit, über seinen Bewußtseinszustand etwas auszusagen, überhaupt noch zuzutrauen war.

Zusammenfassung. — *Bleulers* Hauptargument gegen meine Hypophrenie-Idee, d. h. gegen die von mir vertretene Anschauung, daß die pathologischen psychischen Erscheinungen [1]), welche *Bleuler*

[1]) *Bleuler* hat seinem Buche über die Schizophrenien den Titel gegeben: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Ich habe für meine Arbeit einen Titel gewählt, der ausdrückt, daß sich meine Aus-



seit neuerem auf die „Schwäche der Assoziationsspannung" zurückführt, gleich anderen „schizophrenen" Symptomen, die *Bleuler* bei der Feststellung und Fassung des „Grundsymptoms der Schizophrenie" nicht berücksichtigt, auf Insuffizienz der psychischen Aktivität zurückzuführen seien — besteht darin, daß nach seiner Erfahrung „in vielen Fällen eine solche Aktivitätsstörung nicht vorhanden" sei. Dieses Argument ist hinfällig; denn *Bleuler* unterläßt es, von denjenigen Fällen, die als Material zu dienen haben, wenn es sich darum handelt, die Grundstörung zu ermitteln, nämlich von den Fällen, in denen der Krankheitsprozeß selbst zurzeit im Gange ist, diejenigen Fälle zu scheiden, bei welchen der eigentliche Krankheitsprozeß bereits abgelaufen ist oder zurzeit ausgesetzt hat und daher das Vorhandensein der Aktivitätsstörung gar nicht zu erwarten ist, da diese ja als unmittelbarer Ausdruck des vor sich gehenden Krankheitsprozesses angesehen werden muß. Auch hat sich *Bleuler* einen Begriff der Insuffizienz der psychischen Aktivität zurechtgelegt, der von dem meinigen abweicht und es ihm gestattet, unverminderte

führungen auf die „Dementia praecox und die Hypophrenien überhaupt" beziehen. D. h. im Gegensatze zu *Bleuler*s Schizophreniebegriff deckt sich mein Hypophreniebegriff nicht mit dem der Dementia praecox. Während mit Schizophrenie im Sinne *Bleuler*s ein nosologischer Krankheitsbegriff, ist mit Hypophrenie in meinem Sinne ein pathologischer Zustandsbegriff gemeint. Mit der Bezeichnung eines Zustandsbildes als hypophren ist also über die Zugehörigkeit des einzelnen Falles zu einer bestimmten Krankheitsform, resp. -gruppe (Dementia praecox, „Gruppe der Schizophrenien") noch nichts ausgesagt, sondern nur erklärt, daß aus der Analyse des Symptomenbildes seine Zurückführbarkeit auf Insuffizienz der psychischen Aktivität, bzw. sein Bedingtsein durch einen Prozeß, der Insuffizienz der psychischen Aktivität herbeiführt, hervorgeht. „Symptomatische" Hypophrenie kann durch die verschiedensten heilbaren und unheilbaren Prozesse bedingt sein, sofern sie eben nur Insuffizienz der psychischen Aktivität machen, und solange sie dies tun. Das hypophrene Syndrom kann für sich allein oder als Komplikation anderer Bilder in Erscheinung treten (*Kretschmer* zeigt z. B., wie im Rahmen des „sensitiven Beziehungswahnes" unter dem Einflusse der „biologischen Komponente" Erschöpfung gelegentlich ein „Zustand schwerer affektiver, assoziativer und perzeptiver Abspannung und Insuffizienz" einsetzen kann, „der einzelne schizophrenieartig gelockerte Vorstellungselemente aus sich herauswachsen läßt".). Eine bestimmte Gruppe von Prozessen, über deren Art und Wesen wir noch nichts Rechtes wissen, liegt — stelle ich mir vor — den „essentiellen" Hypophrenien zugrunde. Und erst eine Untergruppe dieser großen Gruppe ist es, die durch ihr klinisches Bild als Dementia praecox charakterisiert ist.



Aktivität auch in solchen Fällen anzunehmen, in denen ich untrügliche Anzeichen der Aktivitätsinsuffizienz finde. Schließlich berücksichtigt *Bleuler* nicht, daß es bei den Hypophrenien Stadien gibt, in denen die Fortdauer der Grundstörung nur aus dieser gegenüber sekundären Phänomenen zu erkennen ist.

Gegen *Bleulers* eigene „Hypothese von der Schwäche der Assoziationsspannung als Grundsymptom der Schizophrenie" ist vor allem einzuwenden, daß „Schwäche der Assoziationsspannung" überhaupt kein Symptom ist (folglich auch kein Grundsymptom sein kann), sondern nur ein Name zur Bezeichnung der Erscheinungen, die *Bleuler* früher als „Lockerung der Assoziationen" hingestellt hat, ein Name, der ausdrücken soll, daß nach der Ansicht, die *Bleuler* jetzt vertritt, die „Lockerung der Assoziationen" auf einer Energiestörung begründet sei. Letztere Annahme ist bei *Bleuler* das Ergebnis theoretischer Konstruktion: die „Spannung" der Assoziationen ist, wie er annimmt, das Ergebnis einer Energieaufwendung; da die Assoziationen bei der Schizophrenie „zu wenig gespannt" („gelockert") sind, liegt bei ihr eine Energiestörung vor. Da *Bleuler* nur die „Assoziationsstörung" aus der Gesamtheit der Symptome herausgreift, die übrigen „schizophrenen" Erscheinungen aber und namentlich diejenigen, welche die Energiestörung (bzw. die Insuffizienz der psychischen Aktivität in meinem Sinne) ganz offenkundig machen, bei der Bildung seiner Hypothese außer Betracht läßt, fehlt dieser jeder sichere Untergrund. Dies erkennt auch *Bleuler* selbst; er äußert in diesem Sinne u. a. (I, S. 19): „Vielleicht besteht indes überhaupt keine Verminderung der Energie, dafür aber eine krankhafte Schwierigkeit, mit dem gewöhnlichen Energievorrat die Schaltspannung aufrechtzuerhalten. Letzteres ist gar nicht so unwahrscheinlich ..." Zugleich aber ergibt sich daraus, daß *Bleuler* nur die Assoziationsstörung als wesentlich ansieht und sie allein bei der Fassung des Grundsymptoms in Betracht zieht, von selbst, daß er darauf verfallen muß, die fragliche Energiestörung für eine beschränkte, nämlich auf die Assoziationen, bzw. ihre „Schaltspannung" beschränkte, zu halten.

Nach wie vor sehe ich in der Hypothese *Bleulers* nichts anderes als einen Versuch, dem Rätsel der Schizophrenie mit den Mitteln der Assoziationspsychologie beizukommen, und nach wie vor behaupte ich, daß dieser Versuch mißlungen ist, mißlingen mußte, weil die Grundstörung der Schizophrenie in einer durch den pathologischen Prozeß herbeigeführten Verminderung der psychischen Aktivität zu suchen, assoziationstheoretisch also überhaupt nicht richtig deutbar



ist. Eine Psychologie, die „hinter dem Denken nichts als Erfahrungsassoziationen findet“, — auch die Tätigkeit des Ich nicht, das aktive Wirken des zentralen Bewußtseinsfaktors nicht, das Fungieren des psychologischen Subjektes (der Akte) nicht, eine solche Psychologie wird dem Problem, das uns die Schizophrenie stellt, niemals gerecht werden können [1]).

[1]) Zum Schlusse noch ein paar Worte zu *Bleuler*s Auseinandersetzungen über das „Aneinander-vorbeireden in psychologischen Dingen“, namentlich insofern sie die Therapie dieser beklagenswerten Erscheinung betreffen. *Bleuler* wünscht vor allem „allgemein angenommene Begriffsabgrenzungen und eine Terminologie, die bei den verschiedenen Autoren das nämliche bedeuten würde“, sowie eine Einigung hinsichtlich der „Grundauffassungen“ herbei. Bis dahin wird es wohl leider noch seine guten Wege haben. Einstweilen werden wir uns anders zu behelfen haben. Da scheint mir *Bleuler*s Forderung sehr beherzigenswert, sich möglichst „auf den Boden der Tatsachen zu bewegen“ und sich solcher Begriffe und Ausdrücke zu bedienen, „die nichts von jenen subjektiven und unbewiesenen Grundanschauungen in die Beschreibung und möglichst wenig in die Beobachtung hineintragen“. Aber daß es nicht leicht ist, dieser Forderung zu genügen, steht fest. *Bleuler* selbst erklärt z. B., die „Lockerung der Assoziationen“ bei der Schizophrenie sei eine „Beobachtungstatsache“; denn er verstehe darunter „nichts anderes als eben, was er beobachtete: daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr zusammenhängen wie in der Norm“. Ja, warum nennt er also diese Erscheinung nicht einfach: Störung des Zusammenhanges (des psychischen Geschehens), sondern „Lockerung der Assoziationen“, womit er doch zweifellos seine — assoziationspsychologische — Grundanschauung in die Beschreibung hineinträgt? — Übrigens ließe sich auch der Schaden, der daraus erwächst, daß wir noch keine „allgemein angenommenen Begriffsabgrenzungen“ haben, beträchtlich reduzieren, wenn jeder Autor darauf bedacht wäre, im Subjektiven nicht zu weit zu gehen, übermäßige Begriffserweiterungen (*Bleuler*s „Assoziationsvorgang“, seine „Affektivität“) zu meiden, die Begriffsbestimmungen nicht zu wechseln („Begriffe“ einmal als „Assoziationskonglomerate“, dann wieder als „Abstraktionen“ genommen), voneinander verschiedene Begriffe nicht zusammenzuwerfen (psychische Energie und psychische Aktivität, logische Richtigkeit und materiale Wahrheit) usw.

Ein Beitrag zur Frage von Simulation und Geisteskrankheit[1]).

Von Medizinalrat Dr. **Kürbitz.**

Simulation nervöser Symptome war bei Unfallverletzten und Invaliden erfahrunggemäß nicht selten anzutreffen, durch die Kriegsverhältnisse gewann diese Frage dann bekanntlich schnell eine ungemein erhöhte und vermehrte Aufmerksamkeit, trotz alledem schwieg aber nie die ältere Schwester beider, die Simulation einer Geisteskrankheit. Hierzu nahmen z. B. vor einiger Zeit noch Stellung *E. Meyer*[2]), *Raecke*[3]) und andere.

Wenngleich auch mit zunehmender Erkenntnis die Grenzen zwischen tatsächlichem Bestehen psychischer Störungen und ihrer bloßen Nachahmungen allmählich immer schärfer und klarer hervortreten, so kann doch einmal die Täuschung so lebenswahr und echt erscheinen, daß sie selbst von Fachärzten nicht erkannt wird (*Hübner*[4]), andrerseits wird aber auch noch oft der Fehler begangen, von Simulation zu sprechen, wo in Wirklichkeit pathologische Verhältnisse vorliegen. Erst in letzter Zeit sind uns zwei drastische Fälle zur Beobachtung gemäß § 81 StPO. überwiesen worden, wo irrigerweise Krankheitsbilder nicht als solche erkannt wurden und das Bestehen einer Simulation als wahrscheinlich angesehen wurde, und das gibt uns die Veranlassung, auf diese Frage kurz einzugehen, um so mehr, als wir auch Gelegenheit hatten, eine sog. reine Simulation bei einem Geistesgesunden während des Krieges beobachten zu können.

Einige kurze Bemerkungen allgemeiner Natur seien vorausgeschickt.

[1]) Aus der Sächs. Landesanstalt Sonnenstein. (Direktor: Geh. Med.-Rat Dr. *Ilberg.*) Eingesandt Mai 1920.

[2]) *E. Meyer*, Psychiatrie. Monographie 1917, Verl. Thieme, Leipzig.

[3]) *Raecke*, Über Aggravation und Simulation geistiger Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3.

[4]) *Hübner*, Weitere Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage. D. med. W. 1919, Nr. 4.



Der Verdacht einer Simulation wird meistens erweckt bei Personen, die schon vorbestraft sind, oder gegen die zurzeit ein Strafverfahren schwebt, und die hoffen, sich dadurch eine günstigere Position zu verschaffen. Sache des Arztes ist es dann, zu erforschen, ob die vielen wahrgenommenen Krankheitsbilder echt sind, d. h. ob tatsächlich eine fest umrissene Krankheit vorliegt, ob diese übertrieben oder ob sie überhaupt nur vorgetäuscht wird. Dabei ist aber stets daran festzuhalten, daß einerseits Simulation eine geistige Krankheit keineswegs ausschließt, und daß anderseits Simulation an sich nicht als ein krankhaftes Zeichen gedeutet werden kann. In vielen Fällen wird eine Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt gemäß § 81 StrPO. ratsam sein, denn der Gefängnisarzt sieht den Betr. nur immer vorübergehend, und dann ist es natürlich leicht, sich zu verstellen; findet dagegen eine Überwachung statt, die Tag und Nacht währt, und die sich auf mehrere Wochen erstreckt, so fällt der Betr. meist mehr oder weniger aus der Rolle und gibt sich Blößen, falls er es nicht vorzieht, sein Spiel überhaupt ganz aufzugeben. Besonders dem Personal und den übrigen Insassen gegenüber beherrschen sich derartige Personen nicht immer, handeln nicht immer stilgerecht und geben auf diese Weise dem Arzt positive Anhaltspunkte an die Hand, wenngleich man natürlich auch derartige Angaben von Nichtärzten nur sehr kritisch verwenden darf. Der Laie glaubt vielfach, das Vortäuschen einer Geisteskrankheit sei leicht, dem ist jedoch bekanntlich nicht so; vielmehr ist genau das Gegenteil der Fall, verlaufen doch die Psychosen in zwar weiten, aber immerhin gesetzmäßigen Bahnen, ihre Entwicklung und ihr Verlauf zeigen zahlreiche bekannte und innerlich miteinander in Beziehung stehende Erscheinungen, die dem Nichtfachmanne naturgemäß fremd sind. Stellen sich nun größere oder mehrfache Abweichungen von der Norm ein, und geht ein kritischer Sachverständiger diesen Spuren nach, so gelangt er bald dazu, Dichtung und Wahrheit voneinander zu trennen. Gewisse Schwierigkeiten dürften ihm nur dann entstehen, wenn er gerissene Personen vor sich hat, die früher mit Geisteskranken in längere Berührung gekommen sind, z. B. Pfleger oder ehemalige Internierte, z. B. Psychopathen mit ihrem oft gutem Auffassungsvermögen und intaktem Gedächtnis; aber auch sie werden auf die Dauer nicht fehlerfrei ihre Krankheitsbilder vorzutäuschen vermögen, und auch sie werden einer richtigen Beurteilung teilhaftig werden können. Wichtig ist es stets, eine genaue Anamnese zu erheben. Schon bei Erörterung der hereditären Verhältnisse finden wir oft abnorme oder direkt krankhafte Züge in der Aszendenz, wenngleich derartige Angaben oft nicht voll zu verwerten sind, da ihre Nachprüfung vielfach nicht möglich ist. Wohl aber können wir das bei Mitteilungen über die körperliche und geistige Entwicklung tun und bezüglich der Erziehung und des ganzen Milieus, in dem der Betr. aufgewachsen ist. Hier zeigt sich uns vielfach schon der Boden, auf dem alles übrige aufgewachsen ist. Hier hören wir schon, und müssen dies durch Nachprüfung sicherstellen, von Krämpfen, von Pavor nocturnus, spätem Sprechen- und Laufenlernen; die Schulzensuren müssen eingesehen werden, finden wir doch schon hier Kennzeichen für Schwachsinn, Haltlosigkeit, krankhaftes Lügen und Schwindeln; wir hören von Verführungen mannigfacher Art, von Alkohol, Lues u. dgl. mehr. Zu beachten



sind dann auch die Pubertäts- und beim Weibe die Generationsvorgänge; stets muß man auch nach schweren Kopfverletzungen und früheren schweren Krankheiten fahnden und überhaupt die ganzen Lebensverhältnisse berücksichtigen, in denen sich der Betr. bisher bewegt hat. Allerdings muß man stets mit größter Objektivität verfahren, besonders auch bezüglich der Krämpfe, die schon seit Jahren besonders in Großstädten dem Richter und dem ärztlichen Sachverständigen gegenüber von den Rechtsbrechern mit Vorliebe als Entschuldigung angeführt werden. In letzter Zeit hat u. a. *Raecke* mit Recht an der Hand eines bezeichnenden Falles auf die Neigung zu derartigen Vortäuschungen hingewiesen, ferner *Jödicke*[1]), der von einem 18jährigen Psychopathen berichtet, der jahrelang mit Erfolg epileptische Anfälle simulierte.

Sodann müssen sich daran anschließen Erhebungen über das Benehmen vor, während und nach der Tat, sowie während der Internierung; sollten früher schon verkehrte Handlungen vorgekommen sein, so sind sie möglichst klarzustellen.

Hat man sich auf diese Weise einen umfassenden Boden sorgfältig vorbereitet, so sind damit für die eigentliche Beobachtung schon wesentliche Erleichterungen geschaffen; dies ist um so notwendiger, als es bekanntlich kein spezifisches Zeichen für Simulation gibt und die Frage überhaupt lauten muß: geistige Gesundheit oder geistige Krankheit? Simuliert wird jedes Symptom, das überhaupt nachgeahmt werden kann, z. B. Schwachsinn, Demenz, Wahnideen und Sinnestäuschungen, vor allem Erinnerunglosigkeit an die Zeit der Tat, auch Verwirrtheit und die oben bereits erwähnten Krämpfe, ferner Apathie und Reizbarkeit. Aber gerade bei der so beliebten Vortäuschung von Imbezillität verraten sich die Rechtsbrecher nur zu leicht, indem sie einmal widersprechende Angaben machen bei wiederholten ärztlichen Explorationen, und indem sie leicht besonders in ihrem Verhalten dem Personal und den übrigen Internierten gegenüber aus der Rolle fallen, oft im Gegensatz zu ihrem Benehmen gegenüber dem Arzt. Immerhin besitzen wir aber doch zur Unterstützung einige somatische Erscheinungen, die im Verlaufe der Psychosen häufig angetroffen werden, und deren Nachahmung auf die Dauer kaum möglich ist. Ich erinnere dabei nur an das Schwanken des Körpergewichts, an katatonische Erscheinungen, an den vielfachen Wechsel der Stärke der psychotischen Erscheinungen und in Verbindung damit an das mannigfache Spiel der Mimik, das oft so charakteristisch ist; Katalepsie, dauernde Schlaflosigkeit, länger anhaltender Bewegungsdrang, ideenflüchtige Verworrenheit sind nur schwer vorzutäuschen; das Benehmen während der Menses, Speichelfluß usw. sind genau zu prüfen; manchmal finden sich, wie *Kraepelin* es beim präsenilen Beeinträchtigungswahn schildert, u. a. Zittern, Muskelschwäche, Unsicherheit der Bewegungen, frühzeitige arteriosklerotische Veränderungen, und die betreffenden Individuen sind ohne Spannkraft und Lebensfrische. Immer muß man aber dessen eingedenk sein, daß nicht ein einzelnes Symptom die Krankheit ausmacht, sondern daß stets nur, wie bereits erwähnt, eine Summe bestimmter Erscheinungen in

[1]) *Jödicke*, Simulation von epileptischen Anfällen durch einen jugendlichen Psychopathen. Mtschr. f. Krim.-Psychol. u. Strafr., Jg.9, H.1.





mehr oder weniger gesetzmäßiger Weise ein einheitliches Ganze formt. Außerordentlich wichtig ist es, daß es sich oft nur um Übertreibung handelt und daß die Übergänge zwischen Simulation und Aggravation z. B. bei der Hysterie leicht stattfinden. Hat man eine Simulation nachweisen können, so muß man in zweiter Linie noch prüfen, ob nicht doch noch eine Geisteskrankheit vorhanden ist; disponieren doch einige Formen der Psychopathie, Hysterie und Neurasthenie direkt zum Schwindeln und Lügen; auf die Degenerierten werde ich im Anschluß an unseren Fall III (Gall) später noch besonders zu sprechen kommen. Auch das Eingeständnis der Vortäuschung von seiten des Betr. ändert daran nichts, denn es kann z. B. nur der Wunsch nach Entlassung die Triebfeder für eine solche Äußerung sein, und es können doch noch etwaige Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen weiterbestehen.

Gehen wir nun nach diesen kurzen allgemeinen Bemerkungen zur Besprechung unserer Fälle über.

Fall I. — Wilhelm[1]), Zimmermann, 31 Jahre alt, ledig. Wegen Rückfalldiebstahls in Untersuchungshaft, bekam er 8 Tage nach seiner Einlieferung plötzlich einen Tobsuchtsanfall. Er stieß plötzlich laute, gröhlende Töne aus; als er deshalb zur Rede gestellt wurde, stürzte er sich auf den Gefängnisinspektor, mit dem er bisher in bestem Einvernehmen gewesen war, schlug ihn mit der Faust ins Gesicht und gebärdete sich „wie ein Wahnsinniger"; dann zerschlug er das Waschbecken, in das er kurz vorher seinen Kot abgesetzt hatte, schlug mit einem Deckel auf einen anderen Gefangenen ein, zerschlug eine Fensterscheibe und konnte nur mit großer Mühe in die Tobzelle gebracht werden; später wußte er von alledem nichts. Der Gefängnisarzt sprach anfänglich die Vermutung aus, W. simuliere, später hielt er das Vorliegen einer geistigen Störung für möglich und beantragte daher Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt gemäß § 81 StPO.

Diese ergab, daß W. ein Epileptiker war von leicht erregbarer Stimmung und mißtrauischem Charakter; während seines Hierseins hatte er, besonders nachts, mehrere kurz dauernde, typische epileptische Anfälle mit Hautverletzungen und Zungenbiß, und es stellte sich heraus, daß das eine seiner Delikte wahrscheinlich in einem epileptischen Dämmerzustande ausgeführt war.

Bezüglich seiner Anfälle sagte er aus, er sei einst, vor nunmehr zwei Jahren, auf einem Lattenrost hingestürzt, und darnach hätten sich bei ihm wiederholt Anfälle gezeigt, beginnend mit Schwarzwerden vor den Augen und nachfolgender Erinnerunglosigkeit; vor dem Unfall sei es ihm zwar hin und wieder einmal dunkel vor den Augen geworden, doch hatte er nie dabei das Bewußtsein verloren. Auch einen Tobsuchtsanfall hatte er nach den Akten bereits früher, vor seiner Einlieferung, durchgemacht in der Wohnung seiner Mutter, wo er plötzlich einen Spiegel zerschlug.

Diese Angaben mögen genügen, es dürfte aus ihnen klar hervorgehen, daß es sich bei Wilhelm um epileptische Erregungszustände

[1]) Namen sind willkürlich gewählt.



mit Amnesie gehandelt hat, und daß von irgendeiner Vortäuschung nicht die Rede sein kann. Die epileptische Natur der Anfälle konnte durch die Internierung und durch die fachärztliche Beobachtung mit Sicherheit festgestellt werden, und damit war für die Beurteilung des Wilhelm eine sichere, objektive Handhabe gegeben.

Viel Veranlassung zur Annahme einer Simulation gaben von jeher die Hysterischen mit ihren mannigfachen Zustandsbildern. Auch als *Moeli* und *Ganser* und nach ihnen noch mancher andere die in der Haft entstandenen psychotischen Störungen als solche erkannt hatten, tauchte doch noch oft der Verdacht bewußter Vortäuschung bei geistiger Gesundheit auf.

Im folgenden möchte ich nun von einem derartigen Fall berichten, bei dem zwar zur Zeit des Ausbruches der Krankheit die Diagnose richtig gestellt wurde, bei dem aber ein Jahr später nach der Entlassung aus dem Untersuchungsgefängnis die Frage zu beantworten war, ob die jetzt noch dargebotenen Symptome mit der damaligen Erkrankung im Zusammenhang ständen, oder ob nur Simulation vorliege und Verhandlungsfähigkeit bestehe. Da der Gutachter bewußte Vortäuschung für wahrscheinlich hielt, wurde B. zur Klärung des Sachverhaltes der hiesigen Anstalt zugeführt gemäß § 81 StPO., und wir kamen zu folgendem Resultat.

Fall II. — Baumann, Oberpostschaffner, 1870 geboren, ev.-luth., verheiratet, bisher unbestraft. Wie sich aus dem Studium der Akten einwandfrei ergibt, ist B. früher gesund gewesen; für irgendeine geistige Störung zur Zeit der ihm zur Last gelegten Straftaten fehlt jeglicher Anhaltspunkt. Wohl aber ist B. später, und zwar in der Untersuchungshaft, erkrankt, und es fragt sich nun, ob er zurzeit noch krank ist, oder ob er nur simuliert und verhandlungsfähig ist.

In Übereinstimmung mit allen bisherigen Vorgutachten sind auch wir der Ansicht, daß es sich bei ihm um eine psychogene (hysterische) Seelenstörung gehandelt hat, für die die Haft nur das auslösende Moment gewesen ist. B. stammt von einem schwer trunksüchtigen Vater und hat selbst schon in frühester Jugend reichlich Alkohol genossen, darauf ist vermutlich sein schwaches Nervensystem und damit die Disposition für psychische Erkrankungen zurückzuführen. Die Haft als solche, der fragliche Ausgang des Prozesses, Furcht vor wirtschaftlichen und moralischen Nachteilen, Reue u. dgl. spielen erfahrunggemäß beim Zustandekommen dieser Situations-Psychose eine ausschlaggebende Rolle und sind wahrscheinlich auch bei B. zur Geltung gekommen. Zeichen einer hysterischen Persönlichkeit sind auch jetzt noch bei ihm nachzuweisen. Auf körperlichem Gebiet ist zunächst zu nennen das Verhalten der Sensibilität. Nicht nur leichte Berührung, sondern auch Nadelstiche empfindet B. am ganzen Körper nur als „stumpfe“ Berührung, selbst am Schädel, der Nasenscheidewand und der Zunge ist dies der Fall, und eine Hautfalte



kann man schmerzlos durchstechen. Im Zusammenhang mit dieser allgemeinen Herabsetzung der Empfindlichkeit steht auch das Fehlen des Gaumen-Rachenreflexes, des Augenbindehautreflexes und der schwache Hornhautreflex, ferner der schlecht ausgebildete Temperatursinn. Für Hysterie spricht auch die hochgradige konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Weiß und für Farben, der zum Trotz sich B. doch im Raum gut zurechtfindet und nirgends anstößt; dies müßte aber unbedingt der Fall sein, wäre die Störung organisch bedingt. Aber auch in psychischer Beziehung finden wir noch psychogene Züge bei B. Hierzu gehören z. B. seine ständigen Klagen über Kopfschmerzen, für die eine organische Unterlage nicht zu finden ist, sein Mangel an Konzentrationsfähigkeit, seine Vergeßlichkeit und sein Vorbeireden. Zur Beantwortung der Frage, ob Krankheit oder Simulation vorliegt, müssen wir diese soeben geschilderten Abnormitäten mit der übrigen Persönlichkeit in Verbindung bringen. Hierbei ist zunächst die allgemeine Stimmungslage, in der B. sich während der sechswöchentlichen Beobachtung befand, hervorzuheben. In dieser ganzen Zeit war er ängstlich, gedrückt, weinerlich, klagsam und zeitweilig auch erregt; dabei war sein Gedankengang, wenn auch im allgemeinen klar, so doch oft erheblich verlangsamt; von seiner Umgebung hielt er sich dauernd zurück, er war wortkarg, traurig und geriet leicht in Erregung, wobei die Gesichtsmuskulatur bebte, das Gesicht sich rötete und die Schläfenschlagadern anschwollen; der Angsteffekt war oft ein recht erheblicher. In Einklang hiermit steht auch das mannigfache Vorbeireden B.s, so z. B. bei Fragen nach der Dauer seines Aufenthaltes, beim Aufzählen der Monate, beim Beschreiben eines ihm bekannten Weges usw.; diese z. T. unrichtigen Angaben sind nicht als Simulation anzusprechen, sondern sie liegen vielmehr im Wesen der hysterischen Geistesstörung begründet, sie sind also als Krankheitszeichen, und zwar als recht charakteristische, anzusehen. Ähnlich liegen die Verhältnisse auch bei den Übertreibungen B.s. Wenngleich auch erfahrunggemäß zwischen Hysterie, Übertreibung und Simulation oft keine scharfen Grenzen zu ziehen sind, die Übergänge vielmehr fließende sein können, so haben wir doch bei B. zweifellos auch Übertreibungen wahrnehmen können, so z. B. wenn er im Garten, sobald er des Arztes ansichtig wurde, den Kopf tief senkte, ihn schüttelte und mit dem rechten Arm gestikulierte, während er vorher aufrecht hin und her gegangen war. Aber diese Übertreibung ist ihm nicht als böser Wille oder dergleichen auszulegen, sondern sie ist gleichfalls durch seine hysterische Konstitution zu erklären, bei der es sich gewissermaßen um eine krankhaft bedingte Sucht zur Übertreibung handelt. Berücksichtigen wir all diese vorstehend geschilderten Momente, so müssen wir sagen, daß z. B. die im vorigen Jahre während der Haft entstandene hysterische Psychose noch nicht völlig geschwunden ist. Wenngleich auch die anfänglich in der Städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu D. beobachtete schwere geistige Störung zurückgegangen ist, so finden sich jetzt doch noch verlangsamtes Denken, labile Stimmung, große Ängstlichkeit, klagsames Wesen mit Vorbeireden und Übertreiben in Verbindung mit einer Reihe körperlicher Abnormitäten, und die Gesamtheit all dieser Befunde läßt uns mit Sicherheit sagen, daß B. zurzeit noch nicht verhandlungsfähig ist; denn es liegt auf der

Hand, daß ein derartiger Mensch sich nicht selber ordnungsgemäß verteidigen kann. Vielmehr besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, daß alle Erscheinungen im Prozeß selber noch viel mehr hervortreten werden, und daß unter Umständen sogar mit einer Verschlimmerung seines Gesamtzustandes zu rechnen ist.

Wie wird sich nun vermutlich die Zukunft gestalten? Diese Frage sei wegen ihrer Wichtigkeit hier noch kurz gestreift.

Wir hatten gesehen, daß die Haft mit all ihren durch das Strafverfahren bedingten seelischen Schädigungen (fraglicher Ausgang, Reue etc.) die hysterische Psychose ausgelöst hatte. Der Druck lastet nun auch weiterhin auf B., seine Zukunft ist unsicher, und seine Verfehlungen und ihre Ahndung stehen wie ein drohendes Schreckgespenst dauernd vor seiner Seele. Da ist es denn nicht wunderzunehmen, wenn bei ihm, dem seelisch minderwertigen Menschen, keine Besserung eintritt; diese ist nur anzunehmen, wenn der Druck von ihm genommen wird, d. h. wenn er seine Strafe verbüßt und er wieder ein freier Mann wird, aber eben daran hindert ihn seine Verhandlungsunfähigkeit. Und so ist es denn nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, daß B. — wie es sich auch in anderen Fällen gezeigt hat — nie wieder aus diesem Dilemma herauskommt, es sei denn, daß das Strafverfahren gegen ihn aufgehoben würde.

Der Fall B. zeigt uns so recht den Wert der Einweisung in eine öffentliche Irrenanstalt mit ihrer unausgesetzten Überwachung. Seine Aggravation trübte das Bild keineswegs, gehört sie doch zum Wesen einer psychogenen (hysterischen) Erkrankung, und war sie doch leicht von den rein psychischen Erscheinungen zu trennen.

Fall III. — Ein ganz anderes Bild zeigt uns der Fall Gall. Es handelt sich hier um einen 35jährigen, in Galizien geborenen Kaufmann, der beschuldigt wurde, bei den in Deutschland stattfindenden militärischen Untersuchungen österreichischer Staatsangehöriger in den Jahren 1914 bis 1916 landesverräterische Handlungen vorgenommen zu haben. G. soll mit den betr. österreichischen Militärärzten zusammengearbeitet und an verschiedenen Orten Deutschlands erreicht haben, daß seine Landsleute widerrechtlich nicht zum Kriegsdienst eingezogen wurden. Dabei fiel auf, daß G., der bis vor kurzem arm war, erfolglos gepfändet war und den Offenbarungseid geleistet hatte, jetzt Autofahrten machte, Tausendmarkscheine bei sich trug, mehrere Anzüge besaß, für seine Kinder Sparkassenbücher anlegte u. dgl. m. Den Verkehr mit dem Arzt gab er zu, doch hätte es sich dabei nur um geschäftliche Dinge gehandelt. Über den Arzt ergaben die richterlichen Nachforschungen, daß er bisher Wechselschulden hatte, dann wurden sie plötzlich bezahlt, und er konnte sich sogar noch ein Bankkonto anlegen. G. benahm sich in der Untersuchungshaft anfänglich geordnet, drängte nur sehr nach Tabak und führte auf dessen Fehlen sogar vorgebrachte Magenschmerzen zurück; trotz dieser Beschwerden bestellte er sich aber zu gleicher Zeit eine außerordentlich reiche Sonderbeköstigung.

Dann fing er eines Tages an, eigenartig zu werden, nachdem ihm der Untersuchungsrichter erzählt hatte, daß der mitange-



klagte österreichische Militärarzt psychisch erkrankt und in eine Irrenanstalt gebracht sei. Er war kindisch, heulte, klagte über Schmerzen in der Brust und rieb sich vor dem Arzt beständig die Haut über dem Brustbein, ohne daß aber irgendwelche Kratzeffekte oder dgl. festzustellen waren. Dabei machte er mit der Zunge allerlei Kaubewegungen, auch stierte er manchmal auf eine Stelle des Zimmers oder drehte plötzlich den Körper herum. In den folgenden Tagen änderte sich sein Verhalten nicht, nur rief er manchmal: „Will mein Dorchen sehen." Zu einer militärischen Untersuchung wurde er unter Begleitung gesandt, er war erfreut, als man ihm auf seinen dringenden Wunsch eine Zigarette gab, und benahm sich durchaus geordnet und sinngemäß. An seinen Rechtsanwalt schrieb er folgenden Brief:

„Herrn Rechtsanwalt.
Ich bin sehr
krank
bitte mich sofort Besuchen in der Zelle. Dorchen bringen.
G."

Nach dem Besuch des Rechtsanwalts fragte er den Untersuchungsrichter: „Was hat der Arzt gesagt, ob ich krank bin?" Dabei machte er ständig seine kauenden und kratzenden Bewegungen. Der Gerichtsarzt glaubte nicht an eine psychische Erkrankung, sondern nahm Simulation als wahrscheinlich an und beantragte daraufhin Beobachtung gemäß § 81 StGB. Wir konnten nun bei G. in den sechs Wochen seines Hierseins folgendes feststellen:

Er macht bei seiner Aufnahme einen ängstlichen, zerfahrenen und weinerlichen Eindruck, starrt vor sich hin und sagt immer: „Wo ist mein Dorchen, wo ist mein Dorchen." Als er den aufnehmenden Arzt in Uniform sieht, fragt er ganz verstört: „Auch Soldat, auch Soldat?" und beteuert dann, nichts verbrochen zu haben.

Eine mit ihm vorgenommene körperliche Untersuchung ergibt, daß er sich in gutem Ernährungszustand befindet, daß Knochenbau, Muskulatur und Fettpolster in ausreichendem Maße entwickelt sind, und daß Haut und sichtbare Schleimhäute normale Farbe aufweisen. Gehen und Stehen zeigen keine Abweichung von der Norm. An seinem Körper befinden sich verschiedentlich weiße, auf der Unterlage verschiebbare, aber nirgends schmerzhafte Narben; so z. B. vor dem rechten Ohr am absteigenden Kieferast, in der linken Leistenbeuge, in der linken Schenkelbeuge und an der Rückseite des rechten Oberschenkels.

Der Kopf hat einen Umfang von 54½ cm, die größte Breite beträgt 14½ cm, während der Durchmesser von Stirn zum Hinterhaupt 19 cm ausmacht. Die Augenbewegungen sind ungestört; eine Prüfung des Augenbindehautreflexes ist infolge Widerstrebens nicht möglich. Bei geschlossenen Augenlidern zeigt sich leichtes Flattern derselben. Eine Prüfung der Nervendruckpunkte des Gesichts ist nicht möglich, G. läßt sich nicht anfassen, davon bekomme er Kopfschmerzen. Die Pupillen sind rund, links gleich rechts, sie verengen sich bei wiederholten Prüfungen stets prompt auf Lichteinfall und beim Blick in die Nähe in durchaus normaler Weise. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, sie ist frei von Belag und

Narben und zeigt keine fibrillären Zuckungen; die Wangenschleimhaut ist etwas blaß, weist sonst keinerlei Abweichungen von der Norm auf. Die Kieferdrüsen sind nicht geschwollen, die Zähne in leidlichem Zustande. Gaumen- und Rachenreflex sind gesteigert. Das Gehör ist gut, dgl. die Sehschärfe, soweit eine Prüfung möglich ist. Am Hals läßt sich ein leichter Kropf konstatieren, der aber auf die Luftröhre keineswegs beengend einwirkt. Das Herz zeigt normale Grenzen, reine Töne; es schlägt 76mal in der Minute, regelmäßig und mittelkräftig. Die Lungen sind ohne pathologischen Befund. Leber und Milz haben normale Grenzen. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Am Glied findet sich auf der Unterseite eine Narbe; der linke Hoden ist vergrößert, der linke Samenstrang verdickt und druckempfindlich. Der Kniesehnenreflex ist beiderseits lebhaft, links gleich rechts; bei seiner Prüfung zuckt G., auch wenn nur eine Sehne beklopft wird, stets mit beiden Beinen in übertriebenem Maße; Fußsohlen- und Achillessehnenreflex sind gesteigert, Bauchdecken- und Hodenheberreflex normal auslösbar; Fußklonus ist nicht vorhanden. Bei Lidschluß und aneinandergestellten Füßen stellt sich G., als ob er zurückfällt, tritt aber mit einem Bein zurück, und an ein Hinfallen ist nicht zu denken. Bestreichen der Haut zeigt normales Nachröten. Druck auf die Brustwarzen und auf die untere Bauchgegend ist nicht schmerzhaft, wenngleich sich G. dabei widerstrebend anstellt. Die Empfindung für Berührung und Schmerz ist, so oft man untersucht, ohne Störung, es besteht insbesondere weder eine vermehrte, noch eine verminderte Schmerzempfindlichkeit. Temperaturunterschiede gibt er stets richtig an, dgl. ist das Lagegefühl bei ihm normal ausgebildet, keine Lähmungserscheinungen. Als G. bei geschlossenen Augen einen Gegenstand, den man ihm in die Hand drückt, bezeichnen soll, erkennt er eine Schachtel richtig als solche, dagegen angeblich nicht eine Schere und auch nicht einen Schlüssel; er fühlt, nachdem er ihn im ganzen angefaßt hat, immer am Griff herum und erst nach Auffordern kurze Zeit am Bart, ohne aber, wie er behauptet, zu wissen, um welchen Gegenstand es sich handelt. Als man am Ende seines Hierseins die Prüfung nochmals vornimmt, gibt er stets richtige Antworten.

Über das psychische Verhalten, das G. während seiner Beobachtung bot, läßt sich folgendes sagen:

Er liegt, besonders im Anfang, viel im Bett und hat bei Frage und Antwort einen leicht starren, mitunter auch ängstlichen Gesichtsausdruck; mit Vorliebe hat er das Gesicht zur Wand gedreht. Dabei achtet er aber, wie mit Sicherheit feststeht, doch stets gut auf die Vorgänge in seiner Umgebung, so z. B. schielt er bei der ärztlichen Visite, wenn der Arzt noch an anderen Betten beschäftigt ist, nach diesem hin in vorsichtiger Weise und stellt sich dann oft schlafend; berührt man ihn, so fährt er meist, angeblich erschrocken, in die Höhe. Lärmt ein unruhiger Kranker, so zeigt er sich davon unangenehm berührt. Weitere Beispiele für sein gutes Beobachtungsvermögen sollen später bei Erwähnung der Gespräche mit dem Personal angeführt werden. Den Arzt, den er am ersten Tage wegen seiner Uniform mit Soldat anredet, bezeichnet er am folgenden Tage mit Oberstabsarzt und fragt ihn: „Ist mein Bruder auch hier? Bruder auch Doktor, Hamburg." Bald darauf äußert er zum Personal, er habe



einen Doktor erschossen. Eine Prüfung seiner Intelligenz ist erschwert, da G. völlig versagt. Fragt man ihn wiederholt nach seinem Alter, so will er es oftmals nicht wissen; dann gibt er es entweder mit 26, 27, 35 resp. 38 Jahren an, dabei ist er zurzeit $35^3/_4$ Jahre alt. Sein Geburtsjahr bezeichnet er einmal richtig, dann wieder will er es nicht wissen. Ebenso verhält es sich mit der Angabe des jetzigen Jahres. Legt man bei einer Frage sein Geburtsjahr und die jetzige Jahreszahl zugrunde, so will er sein Alter nicht ausrechnen können. Ja, auch einfache Rechenexempel, z. B. 25 — 19 vermag er angeblich nicht zu lösen, erst am Schluß der Beobachtung bequemt er sich dazu, als man ihm sagt, er wisse, daß 34 und 36 nicht die richtige Lösung sei, und er könne nicht rauchen, wenn sein Gedächtnis so schlecht sei! Überhaupt gibt er in der zweiten Hälfte seines Aufenthaltes entschieden öfter richtige Antworten, ja, er spricht sogar oft aus freiem Antrieb in längeren Sätzen. Ein Fünf- und ein Zehnpfennigstück erkennt er als solches zwar richtig, will aber beide Zahlen nicht zusammenrechnen können. Als man ihm einst eine goldene Taschenuhr, die 5^{07} zeigt, zum Ablesen hinhält, dreht er sie erst hin und her und sagt dann: „5 durch". Als er die Zeit genauer angeben soll, sagt er, es sei zu dunkel, obwohl es sich doch um den großen Zeiger handelt. Geht man nun mit ihm unter eine brennende Lampe, so fährt er mit dem Finger über den größeren Zeiger hin und her und sagt: „es ist 5 Uhr", eine genauere Angabe ist von ihm nicht zu erfahren. Auf die mehrfache Frage, woraus die Uhr gemacht ist, sagt er zuerst, „ich weiß nicht", und dann schließlich „aus Feinmetall", und will dann die Uhr in richtiger Weise öffnen. Auch bezüglich der Zeit, in der wir jetzt leben, macht er einmal richtige, einmal falsche Angaben.

Während der Abgabe dieser und anderer falscher Antworten gibt man G. an den verschiedensten Tagen zwischendurch auch andere Aufgaben, z. B. ein Tuch von dem nahen Heizkörper zu nehmen, aufzustehen und ans Fenster zu gehen; alle diese Aufgaben löst er schnell und richtig. Diese Tatsache ist für die Frage etwa bestehender Dämmerzustände wichtig, zumal auch in seinem sonstigen Verhalten nichts für irgendeine Bewußtseinstrübung spricht. Ein anderes Mal sucht er an der Uhr, nachdem er die Zeit richtig angegeben hat, nach dem Stempel, es könne ja sonst auch Doublé oder Feingold sein; im Laufe des Gesprächs macht er dann z. B. über 900er Gold ganz richtige Angaben, z. B. daß es weich sei, daß man es für Ohrringe gebraucht usw. Daß G. auch sonst in durchaus normaler Weise bei allen Fragen sofort im Bilde ist, ergibt sich u. a. auch aus folgendem: Man fragt ihn im Anfang eines Tages, ob er einen Dr. Sch. kennt: „Nein, aber einen Dr. Schr., der ist tot." Über diese Angelegenheit soll später noch berichtet werden. Seit wann er das weiß, will er nicht wissen. Auf Befragen gibt er dann ferner an, er habe vier Brüder, alle wohnten in Dresden, und sie hießen Karl, Hans und Israel. Auf Vorhalt sagt er, vier Brüder wären sie; ihr Alter will er nicht wissen. Seine Antworten erfolgen meist leise und mehr oder weniger unverständlich. Erst auf Zureden bequemt er sich zu etwas lauterem Sprechen. Fest und in durchaus normaler Stärke ist aber fast immer seine Sprache, wenn er darum bittet, aufstehen und rauchen zu dürfen. Bei einer späteren gelegentlichen Wiederholung der Frage nach den Namen seiner Brüder



sagt er: „Chaim, das ist germanisiert Karl; Heinrich, ich heiße wie ein Tier, Hirsch, man spricht Hersch aus; Israel und Isaak, die heißen germanisiert wohl auch so."

In der ersten Zeit seines Anstaltaufenthaltes stieß er mit der Zunge unausgesetzt an die Wangenschleimhaut, später tat er dies weniger und an vielen Tagen überhaupt nicht, ebenso verhielt es sich mit dem Schaben auf der Brust. Oftmals fragt er, ob er zu seinem Dorchen könne, diese sei in „Zelle 4"; ihren Aufenthaltsort will er jedoch nicht angeben können. Ebensowenig will er wissen, daß er aus Dresden gekommen ist. Einmal fragt er mit leiser Stimme, ob sein Bruder Robert (!) da sei; auf die verneinende Antwort erwidert er sehr bestimmt und energisch: „Dann fahre ich heute nachmittag nach Hause." Auf die Frage, wohin, schweigt er und macht seine üblichen Zungenbewegungen. Trotz wiederholten Zuredens und der mehrfachen Ankündigung, daß man bei ihm Verstellung annehme, läßt er doch nicht von seinem Verhalten ab. Als man ihn fragt, warum er verhaftet worden sei, antwortet er: „Ich bin nicht verhaftet, will zu meinem Dorchen." Schließlich gibt er zu, er sei verhaftet, wisse aber den Grund nicht. Dabei reibt er sich, wie auch sonst verschiedentlich, mit der Hand auf der Brust, wobei er sich aber niemals irgendwelche Kratzwunden zuzieht.

Ein andermal sagt er bei einer späteren Gelegenheit mitten in der Unterhaltung: „Ich habe nicht erschossen, weswegen bin ich verhaftet?" Als man ihm antwortet, daß der Untersuchungsrichter ihm doch das gesagt habe, nennt er sofort den Namen des betr. Herrn richtig und sagt: „Mit dem habe ich tausendfach gesprochen. [Worüber?] Weiß nicht. [Worüber?] Verschiedenes. [Worüber?] Was ich mit Oberstabsarzt Schr. gemacht habe; wissen Sie, was ich mit dem gemacht habe, gehurt und gesoffen, er ist ein Hurenbock, ich bin verdächtigt, angezeigt, verleumdet worden, ich habe mit ihm gesoffen, der muß tot sein. [Warum?] Der soll Militärschweinerei gemacht haben. [Wo?] In Ungarn. [Wieso?] Militärbefreiung, glaube ich. [Sind Sie auch beteiligt?] (G. wird sehr lebhaft und sagt:) Ich habe noch 30 Cousins und Brüder, die beim Militär sind, und 4 Schwäger, da hätte ich doch erst bei denen gemacht; mein Schwager ist von Dr. Schr. ausgehoben, ich habe nichts gemacht; ich habe mit Trikotagen gehandelt, mit Brillanten, mit Tabak."

Wieder ein andermal sagt er: er sei dreimal verhaftet worden, und fährt dann fort in fließender Rede: „Ich habe nichts verbrochen, ich habe nicht gestohlen, nicht betrogen, nicht gemordet." Als man ihn dann nach dem Namen des Dresdener Gefängnisarztes fragt, sagt er zuerst „Oberstabsarzt Schr." und auf Vorhalt: „Weiß ich nicht, bin so vergeßlich, Schr. ist totgeschossen, der ist auch im Gefängnis." Als man am letzten Tage mit ihm nochmals über diese ganze Frage spricht, gibt er dieselben Antworten, z. T. sogar mit denselben Worten, z. B. die Geschichte mit den 30 Cousins und Brüdern; er fragt dann, ob Dr. Schr. sich tatsächlich erschossen habe, oder ob er sich das nur einbilde.

Die Vorgänge in seiner Umgebung faßt er gut und richtig auf; der Arzt trägt z. B. einmal entgegen seiner sonstigen Gewohnheit den Ehering nicht am Finger, sondern an der Uhrkette; G. bemerkt das sofort und fragt nach den Gründen; dann wieder hat er z. B. einmal aus den

Gesprächen anderer entnommen, daß in der Anstalt ein Unterhaltungsabend stattfindet, er bittet den Arzt, daran teilnehmen zu dürfen, was ihm auch gewährt wird. Während der Vorstellung benimmt er sich völlig unauffällig. Am folgenden Tage kann er noch gut Auskunft darüber geben (es handelt sich um Lichtbilder einer Ortlerbesteigung). Im Anschluß daran fragt er den Arzt, ob er München kenne, und gibt auf Befragen an, er habe in München im Fremdenheim „Abbazia" gewohnt, die Straße kenne er nicht mehr, er habe aber 3 M. gegeben; er habe auch im Hotel „Roter Hahn" in der Nähe des Stachusplatzes logiert. Also auch hier ist ein gutes Erinnerungsvermögen festzustellen. Als man ihn fragt, was er sonst noch von Bayern kenne, sagt er lebhaft und mit leuchtenden Augen: Passau, das liegt an der Grenze von Bayern und Österreich; dann erzählt er von Berchtesgaden, daß er auf dem Königsee eine Rundfahrt gemacht habe, desgleichen auf dem Starnbergersee, hier will er, so berichtet er spontan, von Oberstabsarzt Dr. v. Bode eingeladen gewesen sein, auch der „Generalkonsul" sei dabei gewesen. Er habe viel reisen müssen. In Königsberg habe er gefrühstückt, in Berlin zu Abend gegessen und in Wien wieder gefrühstückt. Auch in Danzig sei er gewesen und Zoppot und habe nahe dem Bahnhof im Hotel „Kontinental" gewohnt (die Lage dieses Gasthofes ist richtig angegeben). Im Gegensatz hierzu gibt er am Ende der Beobachtung die Dauer des Anstaltsaufenthaltes mit etwa 3—4 Wochen an, den Namen der Anstalt will er erst am Tage vorher erfahren haben (tatsächlich ihm schon zu Anfang mitgeteilt!), und die Namen des ihn täglich umgebenden Pflegerpersonals will er nicht kennen. Sein Erinnerungsvermögen für die jüngste Vergangenheit ist gut. Als man ihn z. B. an einem Nachmittage nach seinem Alter fragt, erwidert er den Tatsachen entsprechend: „Das habe ich Ihnen doch erst heute früh gesagt." Als man ihm darauf erwidert, daß er es am Vormittag falsch angegeben habe, sinnt er nach und sagt: „38." Ein andermal fragt man ihn nach Goldsachen, Karat usw., da erwidert er den Tatsachen entsprechend, daß er das doch erst neulich dem Arzt erzählt habe.

Aber auch fernerliegende Ereignisse sind seinem Gedächtnis nicht entschwunden, so kennt er z. B. den behandelnden Arzt seiner Ehefrau, „Professor Ros—Ros—Rost, im Krankenhaus"; die Frau sei an „Vergiftung" gestorben, wie er behauptet, „1914 oder 1915". Bei einer späteren Gelegenheit sagt er, Professor R. habe seine Frau privatim behandelt, dieser sei eine „hervorragende Autorität" und ebenso sein Freund Professor P. in Dresden. Er selbst will als Kind skrofulös gewesen sein, sonst habe ihm nichts gefehlt; später habe ihn Professor G. wegen einer Geschlechtskrankheit behandelt, und er gibt an, er hätte oft Tripper und Syphilis gehabt. Aus freien Stücken läßt er sich dann noch weiter über seine Vita sexualis aus und sagt schließlich, man würde doch seiner Familie darüber nichts sagen. In Breslau sei er behandelt worden von einer „hervorragenden Autorität", doch will er den Namen nicht mehr wissen, ferner in Liegnitz von einem gewissen Dr. Kohn, „ich habe doch nicht einen stabilen Arzt gehabt, da ich doch immer unterwegs war". Im Anschluß daran fragt er den Arzt, ob er eine „offene Praxis" habe, er wolle sich gern von ihm behandeln lassen und ihn auch gut bezahlen.



Er würde auch seine Tochter zu ihm bringen, die habe dasselbe Übel wie er, die kaue auch mit der Zunge.

Gar häufig renommiert G. dem Arzt sowohl wie auch dem Personal gegenüber. Mit verschiedenen hochgestellten Dresdener Persönlichkeiten will er 1911 auf der Hygiene-Ausstellung zusammen gewesen sein in einem Weinlokal, wo sie amerikanischen Sekt, die Flasche zu 45 M., getrunken hätten. Bei dem Grafen Dohna-Schlobitten sei er auch wiederholt gewesen, der habe auch Wein von ihm genommen, er habe mit einer berühmten Mainzer Firma in Verbindung gestanden, doch könne er deren Namen nicht mehr sagen; dann spricht er sich in lebhafter Weise richtig über verschiedene Weine (z. B. weißen Bordeaux usw.) aus. Dem Personal erzählt er, die Prinzessin Luise von Koburg habe ihm einmal Schmuck von 80 000 M. angeboten, und wegen dieser Angelegenheit schwebe jetzt noch ein Prozeß. Er habe stets viel Geld verdient, er und seine Frau hätten sich immer „exzellent getragen"; dann wieder sagt er, sein Vater habe in Galizien ein Gut von 2000 Morgen besessen, aber durch Spekulation sein Geld verloren; von allen Kindern habe er den Vater am meisten unterstützt, da er am meisten Geld verdient habe. Ein andermal sagt er, er werde auch einmal in Konkurs geraten, „aber meine Frau ist tot, und das ist das traurige".

Im strikten Gegensatz zu diesem soeben geschilderten Verhalten, das G. vornehmlich in der letzten Zeit bot, steht dann wieder sein völlig negatives Benehmen. Trotz wiederholter Aufforderu g will er z. B. nie seinen Lebenslauf schreiben können. Läßt man ihn Namen und Geburtsort zu Papier bringen, so läßt er bei Stanislau das „i" aus. Vierstellige Zahlen sagt er nicht richtig nach, entweder zählt er sie in falscher Reihenfolge auf, oder er läßt eine Zahl aus. Die Monate will er nicht kennen, und als man ihm sagt, daß man ihm dies nicht glaube, erwidert er: „Warum glauben Sie das nicht, was habe ich denn gemacht?" Am Ende seiner Beobachtungszeit nennt er sie richtig und auch rückwärts, nur stellt er April und Mai um. In einem Satz freigelassene Silben sinngemäß zu ergänzen, vermag er angeblich nicht. Als er in einem Zeitungsausschnitt den Buchstaben „n" unterstreichen soll, unterstreicht er Buchstaben und Silben ganz willkürlich. Er wird dann aufgefordert, ein Stück aus der Zeitung zu lesen; er tut dies zwar, skandiert dabei aber deutlich und grimassiert sehr lebhaft, den Inhalt des Gelesenen will er nicht angeben können.

Während er einmal behauptet hatte, er sei Fleischer, gibt er ein andermal an, mit Brillanten und Wein gehandelt zu haben; wie lange Zeit aber, will er nicht mehr wissen. Als man ihn nach dem Namen seines Rechtsanwaltes fragt, sagt er: „Landgerichtsrat Küntzel", wiederholt man die Frage, so antwortet er: „weiß ich nicht. [Weswegen angeklagt?] Weiß ich nicht, habe einen totgeschossen. [Wen?] Oberstabsarzt. [Sein Name?] Zuckt mit den Achseln, schweigt und sagt dann: Ich möchte mein Dorchen sehen." Wenige Augenblicke später fragt man ihn nach dem Namen seines Gefängnisarztes, er sagt falscherweise: „Dr. Schr. [Wie heißt der totgeschossene Arzt?] Habe ich doch schon gesagt (tatsächlich nicht gesagt)." Dann sagt er „ich weiß nicht", und auf



nochmalige Frage: „Dr. Schramek.“ Namen und Titel des Gefängnisarztes will er angeblich nicht kennen.

Wesentlich anders als anfänglich dem Arzt gegenüber hat sich G., besonders in letzter Zeit, dem Personal gezeigt. Er hat z. B. ganz richtig erzählt, daß er zweimal verhaftet worden sei. Ein anderes Mal spricht er sich über den Krieg aus und meint, dieser wäre nicht notwendig gewesen. Deutschland hätte doch in Handel und Industrie an der ersten Stelle in der ganzen Welt gestanden, nach dem Kriege würde es schwer werden, wieder neue Absatzgebiete zu erlangen. Hätte Deutschland den Franzosen Elsaß-Lothringen freiwillig zurückgegeben, so würde der Krieg vielleicht nicht gekommen sein. Bezüglich des neuen Königreichs Polen meint er, das wäre nicht gut, denn in einigen Jahren würden die Polen kommen und Posen zurückfordern, weil Posen zu Polen gehört hätte. Was in den Zeitungen stände, wäre nicht wahr, das Papier nehme man für das Klosett. Dann erzählt er u. a.: das meiste Geld durch den Krieg verdiene Krupp in Essen, der könnte ruhig eine Milliarde zeichnen. Dann bedauert er die kleinen Leute und Beamten, die alle ihre Ersparnisse zusetzen müßten; dagegen verwirft er, daß eingezogene höhere Beamte außer 8—900 M. monatlich auch noch ihr Gehalt weiter bezögen; er weiß ferner z. B. auch, daß die Anstaltspfleger 1800 M. bekommen, und bedauert, daß sie bei ihrer unsauberen Arbeit nicht besser bezahlt würden; kurz vorher hat er nämlich gesehen, wie ein Kranker, der sich mit Kot verunreinigt hatte, gesäubert wurde. Der Pfleger, zu dem diese Äußerung getan wurde, versichert in durchaus glaubwürdiger Weise, daß G. sich mit ihm unterhielt, wie jeder andere Geistesgesunde auch. Aus den Zeitungen hat er ersehen, daß der Vierbund ein Friedensangebot gemacht hat, er spricht sich dem Personal gegenüber in sehr lebhafter Weise aus und sagt u. a.: „Deutschland fühlt sich schwach; ein Starker, der dem Schwachen auf der Brust kniet, streichelt den schwachen Gegner nicht, sondern der schwache streichelt den starken und bittet um Frieden.“ Dann sagt er noch: wenn England isoliert würde, gebe es nach. Wenige Tage darauf äußert er sich der Stationsschwester gegenüber gleichfalls in durchaus normaler Weise; er bittet sie zuerst um eine Zigarette, und als er sie nicht bekommt mit der Begründung, daß es vom Arzt nicht erlaubt sei, wird er erregt und sagt, er sei großjährig. Dann fragt er sie, was mehr sei, ein Gerichtsrat oder ein Anstaltsarzt. Ein Jahr sei er in Untersuchungshaft gewesen, da habe er seine Kleider, Zeitung und Essen aus dem besten Hotel bekommen. Hier aber erhalte er Essen wie ein gewöhnlicher Arbeiter, und zeigt dabei auf einen anderen Pat. Hierbei darf nicht übergangen werden die Tatsache, daß auf G.s Station, die sich sonst nur aus Kranken der oberen Klasse zusammensetzt, kurz vorher ein Arbeiter verlegt worden war, der das untere Klassenessen bekommt, und auf eben diesen Arbeiter zeigte G. in obigem Gespräch. Dann wieder erkundigt er sich nach einem anderen Kranken, ob dieser wieder gesund würde; sein Schwiegervater sei „auch so krank“ gewesen, und er habe Sorge wegen seiner Kinder. Sein Beobachtungsvermögen erweist sich auch sonst als durchaus normal, er nimmt wahr, wie einst ein Kranker einen anderen schlägt, regt sich darüber auf und sagt zum Personal, wenn er nicht krank wäre, würde er den Angreifenden schlagen. Daß auch der

Arzt direkt sich von der guten Beobachtungsgabe G.s überzeugen konnte, hatten wir bereits oben an einigen Beispielen dargetan. Einst fragt er die Schwester, wie lange er noch hier bleiben muß, er solle wohl hier sterben. Dann renommiert er, er habe bei der Krankheit seiner Frau die berühmtesten Ärzte gehabt, auf der Pragerstraße hätten ihm alle nachgesehen, seine Zigarren hätten 40—50 Pf. gekostet. Er verspricht der Stationsschwester ein halbes Dutzend seidene Strümpfe, wenn sie ihm eine Zigarette gibt. Er bezeichnet sich als kranken Mann, ein Verbrecher aber sei er nicht, er sei ein politischer Gefangener. In den letzten Tagen seines Anstaltaufenthaltes fragt er zuerst das Personal und sodann auch den Arzt wiederholt in ängstlicher und sich steigender Weise, wie lange er noch hier bleiben müsse, wann er entlassen würde, und wohin er käme; dabei ist dieses Thema mit G. nie direkt berührt worden, er weiß also zweifellos auch ohnedies, daß die Frist jetzt abläuft.

Er hat eine ausgesprochene Sucht nach Zigaretten, und dieses Verlangen läßt ihn täglich, allmählich immer dringender, bei den Visiten darum bitten; dabei sagt er einmal: „Ich will nicht hier (zeigt auf den Schlafsaal), sondern hier (zeigt auf den Korridor) rauchen; ich will alles bezahlen, geben Sie mir doch 5 Stück"; G. weiß also ganz genau, daß das Rauchen auf Wachsaal nicht erlaubt ist. Ein andermal sagt man ihm, er solle erst richtige Antworten geben, „ich habe doch alles gesagt, [nein.] ich bin doch krank, [nein, Sie sind nicht krank!] na, dann kann ich doch rauchen, wenn ich nicht krank bin." Diese Antwort dürfte an Klarheit und logischer Folgerichtigkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Wenige Augenblicke vor seiner Abholung gibt er dem Arzt noch in normaler Weise Auskunft über einige Fragen; als er aber den Transporteur sieht, und als man ihn fragt, ob die vorgehaltene Uhr die seinige sei, sagt er: „Ich weiß nicht", und hat wieder, wie im Anfang, einen leicht starren Gesichtsausdruck.

In unserem ausführlich begründeten Gutachten kamen wir zu folgendem Ergebnis:

Die sechswöchige Beobachtung G.s in der hiesigen Landesanstalt hat ergeben, daß eine geistige Erkrankung bei ihm nicht vorliegt; die etwa an derartige Zustände erinnernden und von ihm vorgebrachten Bilder sind simuliert; eine Erkrankung während der Haft (§ 203 StrPO.) liegt nicht vor, desgl. finden sich weder in der Beobachtung, noch im Aktenstudium Momente, die etwa darauf hindeuten, daß sich G. bei Verübung der ihm zur Last gelegten Handlungen in einem Zustand von Bewußtlosigkeit oder einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit befunden habe, durch den die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Wie recht wir mit dieser unserer Auffassung hatten, lehrte die Folgezeit.

G. zeigte im Gefängnis anfänglich noch sein altes Simulationsbild; als ihm aber der Untersuchungsrichter das Ergebnis der psychiatrischen Beobachtung mitteilte und ihn aufforderte, sein bisheriges Verhalten aufzugeben, tat er es sofort ohne Rückfall. Auch bei der nach einigen Monaten vor dem Reichsgericht in Leipzig stattfindenden zweitägigen Verhandlung benahm er sich durchaus normal und verteidigte sich mit großer Gewandtheit und Zungenfertigkeit, allerdings ohne Erfolg, denn er erhielt eine mehrjährige Zuchthausstrafe.

Wir haben mit Vorbedacht unsere Beobachtungen über G. ausführlich wiedergegeben, damit der Leser ohne weiteres unsere Ansicht über ihn nachprüfen kann. Man wird uns bestätigen, daß von Schwachsinn bei G. nichts zu finden war, er zeigte keinerlei erheblichere Lücken in dem alltäglichen Wissenschatz: gut verarbeitete er alle Vorgänge, die sich in seiner Umgebung abspielten, und die er nur scheinbar nicht beachtete. — Gemütsstumpfheit, Hemmungen, und Spannungen, Sinnestäuschungen und Wahnideen fehlten, so daß eine Dementia praecox nach *Kraepelin* nicht vorlag, auch nicht eine „gespaltene Persönlichkeit" im Sinne von *Bleules* Schizophrenie. Auch fehlten alle Anhaltspunkte dafür, daß eine organische Gehirnerkrankung (Lues cerebri, progress. Paralyse) bei ihm bestand; von Krampfanfällen war weder vor, noch nach der Tat etwas bekannt; Dämmerzustände und Bewußtlosigkeit waren nie bei ihm anzutreffen. Gehört nun G. etwa zu dem großen Heer der Psychopathen? Bei ihnen, insbesondere den Hysterikern, wird das liebe Ich in den Mittelpunkt des gewünschten Interesses gesetzt, die geäußerten Affekte sind maßlos, voller Phrasen und Übertreibungen sind ihre Reden, dann wieder wird eine Melancholie mit Suizidneigung markiert, kurzum, ein buntschillerndes Theater wird uns vorgeführt. Das braucht aber an sich noch nicht Simulation zu sein, sondern liegt in der Krankheit selbst begründet, nur Aggravation kann gegebenenfalls in Frage kommen. G. zeigt von alledem nichts, auch sein „Vorbeireden" ist nicht das eines psychisch erkrankten Menschen. Bei Straf- und Untersuchungsgefangenen finden wir bekanntlich leicht einmal eine Situationspsychose (*Siemerling*, *Stern* u. a.), doch handelt es sich dabei meist um einen Stupor oder um mehr oder weniger delirante Dämmerzustände; bei den einfachsten Fragen nach den elementarsten Kenntnissen versagen derartige Kranke und geben die unsinnigsten Antworten, oder sie weichen Antworten aus, zeigen meist eine ängstliche, weinerliche Stimmung, die mit Gleichgültigkeit oder Heiterkeit abwechseln kann. All dies ist bei G. nicht anzutreffen, er sagt oft „ich weiß nicht", unterhält sich dann aber mit dem Personal ganz normal und verständig; sein Verhalten ist auch sonst gekünstelt, unecht, ich erinnere nur an das eine Beispiel, als er richtig angibt, daß die Uhr über 5 zeigt, daß er aber nicht ablesen kann, wieviel Minuten schon seit 5 Uhr verstrichen sind. Psychisch Erkrankte, Hysteriker reden oft verworren, zusammenhanglos, besonders im Anschluß an Gemütsbewegungen; G. ist nie unklar, versteht Aufforderungen und befolgt sie vielfach, z. B. zum Fenster gehen, ein Tuch



fortnehmen usw.; somatisch findet man dann bei derartigen Leuten meist die bekannten Stigmata: Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche, Zittern, Doppeltsehen, Geh- und Sprechstörungen, Fehlen von Augenbindehaut- und Würgreflex, stark gesteigerte Sehnenreflexe u. dgl. m., all das vermissen wir bei G. Zu den geistig Minderwertigen gehören ferner, wie wir wissen, die Haltlosen, die Lügner und Schwindler, die große Masse der asozialen Elemente, wobei ja bekanntlich diese Gruppen nicht scharf voneinander zu trennen sind, sondern oft aufs innigste sich vermischen und verschmelzen. Werden nun im Strafvollzug von solchen Leuten falsche Angaben gemacht, so ist das vielfach nur ein sinnfälliger Ausdruck ihres degenerierten Charakters, aber noch keine Simulation. Ausgesprochen krankhafte Züge im juristischen Sinn finden sich erst bei ihren Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, von denen *Birnbaum*[1]) mit Recht hervorhebt, daß sie sich im Strafverfahren selbst von ihren Wahnideen nicht leiten lassen, sobald es der eigene Vorteil zweckmäßig erscheinen läßt; sie unterscheiden sich dadurch von den echten Paranoikern, erschweren aber andrerseits dadurch auch oft die Abgrenzung gegen Simulation.

Überblicken wir G.s Verhalten in der Haft und in der hiesigen Landesanstalt, so müssen wir bekennen, daß sein Bild weder in Einzelzügen, noch im Gesamteindruck zu den soeben gemachten Ausführungen paßt; auch in seinem früheren Leben, von dem wir allerdings leider nur wenig wissen, weist nichts darauf hin, daß es sich um eine Psychopathie irgendwie nennenswerter Art handelt, denn wenngleich er, der Ausländer, auch in seinem kaufmännischen Beruf, er handelte mit alten Kleidern u. dgl., keine Erfolge hatte, sich vielmehr in bedrängter Lage befand, so bot seine bisherige Lebensführung und sein ganzes Benehmen doch nichts Auffallendes und Abnormes dar. Dann versucht er sich in höchst ungeschickter Weise hinter „Nichtwissen" zu verstecken in der Hoffnung auf Straffreiheit und läßt doch zu gleicher Zeit den Arzt einwandfrei erkennen, daß Auffassungsvermögen, Kritik, Erinnerung usw. gut bei ihm ausgebildet sind. Psychologisch interessant ist auch die direkte Veranlassung zu der Vortäuschung einer Geisteskrankheit: er fing mit seiner Simulation an, als er hörte, daß sein Mitangeklagter in eine Irrenanstalt übergeführt werden müßte! Was lag da für ihn, der in seiner Zelle sich selbst und seinen Gedanken allein überlassen war, näher, als wenigstens den

[1]) *Birnbaum*, Die psychopathischen Verbrecher, Berlin 1914, Langenscheidt.

Versuch zu unternehmen, auf diesem Weg sich der Bestrafung zu entziehen?

Würde es sich bei G. um einen psychopathischen Menschen handeln, so müßte man an eine abnorme Autosuggestibilität denken, bei der Wunschvorstellungen und unlustbetonte Ideen eine ausschlaggebende Rolle gespielt haben; das trifft aber für unseren Fall nicht zu, da nichts für einen degenerativen Charakter spricht. — Während seiner Beobachtungszeit in der Anstalt ließ er nach und nach die Maske fallen, wodurch wieder einmal die Tatsache bestätigt wird daß die Simulation häufig nicht lange aufrechterhalten wird; bei der Übergabe an seinen Transporteur und in den ersten Tagen im Gefängnis spielte er dann noch einmal seine alte Rolle, um sie dann aber für immer aufzugeben, als ihm der Untersuchungsrichter das Resultat des ärztlichen Gutachtens mitteilte. Er sah also ein, daß das Schutzmittel der Verstellung ihm nichts nützte, und seine Preisgabe ist für einen Geistesgesunden charakteristisch, denn pathologische Menschen ziehen erfahrunggemäß nicht ohne weiteres die Schlußfolgerung aus dieser Erkenntnis. Auch bei der zweitägigen Verhandlung, die zu einer mehrjährigen Zuchthausstrafe führte, benahm er sich durchaus geordnet, der Situation angepaßt, verteidigte sich zungengewandt und ließ keinerlei krankhafte Erscheinungen erkennen.

Hätte es sich tatsächlich um eine degenerierte Persönlichkeit gehandelt, so wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine deutliche Beeinflußbarkeit durch die Fortsetzung der Haft und durch die Hauptverhandlung mit ihrer wichtigen Entscheidung, ob schuldig oder nicht, zu konstatieren gewesen, aber nichts dergleichen trat ein.

Alles in allem kann man wohl sagen, daß G. bewußt und willkürlich Geisteskrankheit simulierte, und daß sich bei ihm keinerlei Anzeichen für einen degenerativen Charakter zeigten.

Kraepelin betont, daß lange dauernde, planmäßige Vortäuschung geistiger Krankheiten erfahrunggemäß nahezu ausnahmlos bei abnorm veranlagten Menschen anzutreffen ist. Nach *Peretti* [1]) ist ein absichtliches, zielbewußtes Vortäuschen von Geisteskrankheit selten, nach ihm kommt es fast nur bei Degenerierten und geistig abnormen Menschen vor. *Bratz* [2]) fand unter einem großen Material, daß nur 3 %, höchstens 5 % der zur Beobachtung überwiesenen Rechts-

[1]) *Peretti*, Simulation und Geisteskrankheit, Klinik 1911.

[2]) *Bratz*, Die Anstaltsbehandlung zur Prüfung zweifelhafter Geisteszustände, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5.



brecher geistesgesunde Simulanten waren, meist waren es minderwertige, mit seelischen Mängeln behaftete Leute.

In ähnlicher Weise spricht sich auch *Schmidt*[1]) aus, der bei einwandfreier Hysterie Simulation stets verneint und der bei Psychopathen nur mit größter Reserve diese Diagnose stellt, die man „prinzipiell nicht ablehnen kann".

Auch der übrigen Autoren Meinung geht im allgemeinen dahin, daß Simulation einer Geisteskrankheit bei einem geistesgesunden Individuum als etwas Seltenes anzusehen ist, und diese Auffassung der Sachlage dürfte wohl auch nach alledem, was darüber bekannt ist, die richtige und die den Tatsachen entsprechende sein.

---

[1]) *Schmidt*, Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. Berlin 1918, Karger.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

17. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen in der psychiatr. und Nervenklinik zu Kiel am 13. November 1920.

Anwesend (nach der Liste): *Auer*-Kiel, *Bauereisen*-Kiel, *Brennecke*-Hamburg, *Behr*-Kiel, *Beckmann*-Kiel, *Barghorn*-Hamburg, *Beyermann*-Kiel, *Brock*-Kiel, *Bürger*-Kiel, *Büscher*-Kiel, *Benning*-Bremen-Rockwinkel, *Berblinger*-Kiel, *Boettiger*-Hamburg, *Brachmann*-Kiel, *Creutzfeldt*-Kiel, *Dräseke*-Hamburg, *Dabelstein*-Schleswig, *Dieterici*-Kiel, *Ebrecht*-Kiel, *Eichbaum*-Schleswig, *Emmerich*-Kiel, *Fleck*-Hamburg, *Fontane*-Kiel. *Fraenkel*-Hamburg, *Gennerich*-Kiel, *Gärtner*-Kiel, *Hoppe*-Kiel, *Hoppe-Seyler*-Kiel, *Hermel*-Rinteln, *Hinrichs*-Neustadt, *Jaspersen*-Preetz, *Jakob*-Hamburg, *Josephy*-Hamburg, *Kafka*-Hamburg, *Kirchhoff*-Schleswig, *Kirschbaum*-Hamburg, *Kobert*-Wilhelmshaven, *Kohrs*-Kiel, *Kratka*-Lüneburg, *Kreuz*-Kiel, *Lienau*-Hamburg, *Löhr*-Kiel, *Lütgerath*-Neustadt, *Müller*-Kiel, *v. Mikulicz-Radetzki*-Kiel, *Meyersohn*-Schwerin, *Mulert*-Gehlsdorf, *Matzdorff*-Hamburg, *Nast*-Hamburg, *Nonne*-Hamburg, *Oloff*-Kiel, *Ostrop*-Kiel, *Peltzer*-Bremen, *Pette*-Hamburg, *Rittershaus*-Hamburg, *Riedel*-Lübeck, *Rodewald*-Kiel, *Rosenfeld*-Rostock, *Runge*-Kiel, *Rust*-Schwerin, *Saenger*-Hamburg, *Schade*-Kiel, *Schackwitz*-Kiel, *Schäfgen*-Kiel, *Schlüter*-Kiel, *Schittenhelm*-Kiel, *Siemerling*-Kiel, *v. Starck*-Kiel, *Steyerthal*-Bad Kleinen, *Stoeckel*-Kiel, *Stolzenburg*-Göttingen, *Tornquist*-Kiel, *Trömmer*-Hamburg. *Walter*-Rostock, *Warnecke*-Kiel, *Wattenberg*-Lübeck, *Weiland*-Kiel, *Weygandt*-Hamburg, *Wöhlisch*-Kiel, *Zappe*-Schleswig, *Ziemke*-Kiel, *Zoeppritz*-Kiel.

Am Vorabend trafen sich die bereits anwesenden Teilnehmer bei einem Begrüßungsabend in Holsts Hotel. In der Mittagspause versammelten sich die Teilnehmer bei einem von der Klinik gegebenen Frühstück. Am 14. XI. 20 fand eine Besichtigung der psychiatr. und Nervenklinik statt.

Erste Sitzung am 13. November 1920, vormitt. 11 Uhr.

Vorsitzender- *Siemerling*-Kiel, dann *Saenger*-Hamburg; Schriftführer *Runge* und *Creutzfeldt*-Kiel.

Siemerling eröffnete die Versammlung und begrüßte die Teilnehmer. Sodann hielten Begrüßungsansprachen in Vertretung des Prorektors der Universität Kiel Geh. Rat Prof. Dr. *Dieterici* und der Dekan der medi-

zinischen Fakultät der Universität Kiel, Geh. Rat Prof. Dr. *Stoeckel*. Ferner gedachte *Siemerling* der verstorbenen Mitglieder des Vereins Dr. *Passow*-Sielbeck, Oberarzt Dr. *Brückner* und Assistenzarzt Dr. *Dietz*-Langenhorn.

Siemerling: Über Transvestitismus. — 24jähr. Kunstmaler. Großvater von mütterlicher Seite melancholisch, durch Suizid zugrunde gegangen. Vater früher getrunken. Zwei Brüder und zwei Schwestern gesund. Schwächliches Kind, auf der Schule vom Turnen befreit. Besuchte Schule bis zur Oberprima einer Oberrealschule. In F. auf der Kunstgewerbeschule, dann in B. auf der Hochschule. Examen als Zeichenlehrer. 1916 zum Militär eingezogen (Fliegertruppe). 1919 verheiratet. Die Mutter schildert ihn als einen Knaben mit mürrischem, abstoßendem Wesen, hatte keinen rechten Freund. Weibliche Neigungen hat sie nicht bemerkt. Er selbst gibt an, daß er immer als Sonderling gegolten, „ein Eigenbrödler“. Er habe gern weibliche Handarbeiten gemacht, unbemerkt, da er sich genierte, auch unbemerkt mal weibliche Kleidung angezogen. Solange er weiß, hatte er den lebhaften Wunsch, ein Mädchen zu sein. Im Traume sah er sich im Zimmer der Eltern in Mädchenkleidern sitzen. Im Alter von 10—11 Jahren beim Anlegen von weiblichen Kleidungsstücken Orgasmus, seitdem Onanie, zeitweilig stark. Die häuslichen Verhältnisse drückten ihn, er haßte den Vater, sah in ihm den Typ des Männlichen, der die Mutter unterdrückte. Auf der Kunstgewerbeschule verschaffte er sich weibliche Bekleidungsstücke, zog diese an, fühlte sich „glücklich“. In B. auf der Hochschule suchte er Anschluß an zwei Kolleginnen, war anlehnungsbedürftig. Während der Militärzeit fühlte er sich sehr unglücklich. Nach der Entlassung vom Militär lernte er seine jetzige Frau kennen. Die natürliche, schlichte Art des einfachen Bürgermädchens zog ihn an. April 1919 Heirat. Der Frau hatte er vorher nichts von seiner Leidenschaft gesagt. Als er von ihr Kleider leihen wollte, wurde sie stutzig, machte Einwendungen. Es kam zu Konflikten. Beim ehelichen Verkehr als Succubus in weiblichen Bekleidungsstücken. Im Hause ging er bald ganz in weiblicher Kleidung. Die Verhältnisse zu Hause, seiner Frau, seinen Angehörigen gegenüber gestalteten sich ungünstig. Materielle Sorgen drückten. Dadurch nervös deprimiert, arbeitsunfähig, schlechter Schlaf. Nach kurzem Aufenthalt in der Pension Aufnahme in die Klinik am 14. September 1920. — In weiblicher Tracht mit Titusfrisur. Im Zimmer, im Bett trägt er Haube, Ohrringe, beschäftigt sich mit weiblichen Arbeiten (Nähen). Gut entwickelte Genitalien. Durchaus männlich gebauter Körper. — Im Anfang lebhafte Stimmungsschwankungen, oft sehr deprimiert. Bei Auseinandersetzungen mit den Angehörigen gereizt. Starkes Anlehnungsbedürfnis. Der Drang, in weiblicher Kleidung zu gehen, ist schon immer lebhaft bei ihm gewesen, früher verdrängt. Nach der Heirat zum Durchbruch gekommen, zum Teil, wie er selber zugibt, durch äußere Beeinflussung: Anschauen des Films „Anders als die andern“, Bekanntschaft mit Gleichempfindenden. Keine homosexuelle Neigung. Kultus mit der eigenen Person, hat sein Selbstporträt zu Füßen seines Bettes aufgehängt, um es beim Liegen anzuschauen. Onanie in letzter Zeit seltener. Sehr froh, wenn er für weiblich gehalten



wird. — In seiner Frau sieht er die gute Kameradin. Beim ehelichen Verkehr empfindet er seine Männlichkeit unangenehm. Sein Inneres drängt ihn, äußerlich weibliche Formen anzunehmen, wie seine ganze Seele weiblich ist. Er hat immer unter dem Gedanken gelitten, daß er nicht Weib sein konnte. „Ich fühle in mir das Schöne, das ich in der Weiblichkeit sehe, selbst mitschwingen in solchem Grade, daß es mich schmerzt, mich eifersüchtig macht.“ — Er unterzieht sich einer Epilationskur durch Bestrahlung. Hat die Absicht, seinen Beruf zu wechseln, will Damenschneider werden. Für ausgeschlossen hät er es nicht, daß vorübergehend der Drang zurücktritt und er sich mit männlicher Kleidung abfindet. Wiederholt betont er, daß ihn das Tragen der weiblichen Kleidung zwar beruhige und ihm ein angenehmes Gefühl verschaffe, aber restlos glücklich und beruhigt mache es ihn nicht, er empfinde immer, daß er sich unterscheide von der Frau. Diese Zweifel quälen ihn auch in der weiblichen Kleidung. — Jede suggestive Beeinflussung lehnt er energisch ab. Für die Aufklärung der Angehörigen durch den Arzt ist er sehr dankbar. — In seinem ganzen Empfinden hat er etwas Weiches, Anschmiegsames, wirkt aber nicht unangenehm.

Zusammenfassung: Transvestitismus bei psychopathischer Veranlagung. Keine Homosexualität. Heterosexuell mit Einschlag von Narzismus. —

Hinweis auf die Abhandlungen von *Magnus Hirschfeld* „Die Transvestiten“ und „Sexualpathologie“.

Rosenfeld-Rostock: Über das Verhalten einiger Reflexe bei Bewußtseinsstörungen.

R. weist auf seine früheren Untersuchungen hin, mit Hilfe der Prüfung auf kalorischen Nystagmus die Tiefe einer Bewußtseinsstörung zu beurteilen. Die Prüfung auf kalorischen Nystagmus ermöglicht auch die Erkennung der Lähmung einzelner Augenmuskeln oder einer konjugierten Blicklähmung im tiefen Koma. Besonders wichtig erscheint nun die Tatsache, daß bei einseitig sitzenden Großhirnerkrankungen (Tumoren, Abzeß, Enzephalitis) die rasche Phase des Nystagmus einseitig schwinden kann und von dem Vestibularapparat, welcher der erkrankten Seite entspricht, nur die langsame fixierte Deviation zur gereizten Seite auszulösen ist. Dies halbseitige Schwinden der raschen Phase des Nystagmus ist aber meist nur im Stadium einer leichten Somnolenz nachweisbar. — Ein kürzlich von *R.* beobachteter Fall von linksseitiger Enzephalitis oder Abzeß nach Granatsplitterverletzung mit rechtsseitigen tonischen Krämpfen, rechtsseitiger Parese des Armes und Blicklähmung nach rechts zeigte bei der Vestibularisierung links (Spülung mit kaltem Wasser) nur eine fixierte Deviation nach links, keinen raschen Nystagmus nach rechts, bei Vestibularisreizung rechts nur einen raschen Nystagmus nach links; die Bulbi machten keine Seitwärtswendung nach rechts. Die Blicklähmung nach rechts erwies sich in diesem Falle, geprüft nach *Bielschowsky* durch Seitwärtswenden des Kopfes nach links, als eine supranukleäre. — Das Schwinden der langsamen Phase des Nystagmus pflegt in Fällen von Koma zusammenzufallen mit der Aufhebung der Lichtreaktion der Pupillen. Im terminalen Koma bei körperlichen Erkrankungen schwindet

zuerst die rasche Phase des Nystagmus, wenn die anderen Reflexe noch erhalten sind. — Nach Skopolamin und Skopolamin-Morphium tritt das *Babinski*sche Phänomen dann besonders stark auf, wenn die betr. Kranken durch starke Unruhe motorisch erschöpft sind, oder wenn es sich um organische Fälle handelt, die das Vorhandensein des *Babinski*schen Reflexes sozusagen erwarten lassen. So zeigte u. a. z. B. eine multiple Sklerose, welche keine Dorsalflexion der großen Zehe hatte, schon nach ganz geringen Dosen von zwei bis drei Decimilligramm Skopolamin eine äußerst starke, typische Dorsalflexion der großen Zehe. Mehrere Fälle von Paralysis agitans zeigten dieses Verhalten nicht; bei ihnen trat bei der gleichen Dosierung des Skopolamins kein *Babinski*sches Phänomen auf. *R.* empfiehlt die Prüfung des kalorischen Nystagmus zur Beurteilung der Tiefe von Bewußtseinsstörungen.

Aussprache. — *Trömmer* fragt, ob nicht der durch das Hyoszin bewirkte pathologische Schlafzustand an sich das *Babinski*-Symptom hervorruft, da man dieses nie im Schlaf Gesunder (außer in den ersten Kinderjahren), wohl aber gelegentlich im Schlaf Paralytischer feststellen kann (wie T. einige Male konnte) — also bei Kranken mit allgemeiner Hirnschwäche.

Sänger hat auch öfter die kalorischen Reaktionen bei Bewußtseinsstörungen untersucht. Er kann die Angaben des Vortr. bestätigen, möchte aber darauf hinweisen, daß manchmal die kalorische Reaktion auch bei Gesunden ausbleiben kann. Die genannten Untersuchungen haben ein praktisches Interesse, indem man je nach Ausfall der Reaktionen die Prognose des Komas stellen kann; ferner indem man Augenmuskellähmungen durch Hervorrufen der seitlichen Ablenkung nachweisen kann, die im Stadium der Bewußtlosigkeit oft verborgen bleiben.

Rosenfeld (Schlußwort).

Berblinger-Kiel: Über angeborene Gliome und über Glioneurinome.

Vortr. bespricht einleitend die an den peripheren Nerven vorkommenden Geschwülste und die mit dem Sympathikus in Verbindung zu bringenden Neubildungen mit gliomatöser Beimischung.

Im Anschluß daran zeigt *B.* eine seltene, an eine Encephalocele nasofrontalis erinnernde Geschwulstbildung am Nasenrücken eines Säuglings. Der schon bei der Geburt vorhandene, walnußgroße Tumor, welcher kein nennenswertes Wachstum während dreimonatiger klinischer Beobachtung wahrnehmen ließ, wurde operativ entfernt. Er erwies sich, mikroskopisch untersucht, als ein von breiten Bindegewebszügen durchsetztes Gliom (Fibrogliom). Nach der Entfernung kein Rezidiv, Nasenbeine median vereinigt, keine Lücke kranialwärts gerichtet nachweisbar. Bezüglich der formalen Genese des Glioms der Nasengegend schließt sich B. im wesentlichen an die von *M. Schmidt* zuerst gegebene Erklärung an. Es sind bisher nur ganz wenige Fälle dieser Art beobachtet worden. (Ausführliche Mitteilung im Zentrlbl. f. Path. 1920.) — Ferner macht Vortr. Mitteilung über drei von ihm durch die Sektion festgestellte Akustikustumoren. Sie gingen sämtlich vom Nerven selbst aus und erwiesen sich histologisch, wie das meist der Fall ist, als Neurinome. In einem der

erwähnten Fälle hatte jedoch der vom proximalen Teil des Nervus acusticus ausgehende, zystische fast eigroße Tumor sowohl eine neurinomatöse wie gliomatöse Zusammensetzung, Gliafasern waren auch färberisch nachzuweisen. Eine scharfe Abgrenzung dieser beiden geweblich differenten Teile ist nicht vorhanden. Aber in dem neurinomatösen Bezirk fehlten Gliafasern und von einem unmittelbaren Übergang zwischen *Schwann*schen Zellen und Gliafibrillen bildenden Elementen kann man nicht sprechen. Das Glioneurinom läßt sich histogenetisch so erklären. daß sowohl eine blastomatöse Wucherung der peripheren Gliazellen des Nerven, der *Schwann*schen Zellen, vorliegt, wie eine solche der physiologischerweise im proximalen Teil des Akustikus vorkommenden Gliabezirke (*Henschen*). Bei seinen ausgedehnten Untersuchungen an schußgelähmten Nerven (1915—1920) fand Vortr. an sehr lange nach *Waller* degenerierten Extremitätennerven, zwischen den Synzytialfäden, wie das auch *Nageotte*, *Bielschowsky* angeben, den Gliafibrillen gleiche Fasern, die sich aber nicht nach *Weigert* färben. Diese eigenartige, der veränderten Funktion angepaßte Struktur des Nerven hat *B.* als Transformation bezeichnet. Für das geschilderte Glioneurinom könnte als Matrix auch ein Gliakeim angenommen werden, der sich nach dem Typus fasriger Glia wie von *Schwann*schen Zellen zu entwickeln fähig wäre. — Nervenfasern, Ganglienzellen waren nicht vorhanden, autogene Nervenfaserbildungen konnte *B.* ebensowenig feststellen wie in mehreren von ihm untersuchten Neurinomen peripherischer Nerven. Er zweifelt an der neuroblastischen Fähigkeit der *Schwann*schen Zellen unabhängig von Ganglienzellen oder deren Entwicklungsstadien. — Histologische Einzelheiten werden an anderer Stelle ausführlich mitgeteilt werden. Zum Schlusse betont *B.*, daß ihm entgegen *Antoni* Übergangsformen zwischen Neurinomen und Gliomen doch vorzukommen scheinen, daß, wenn man nur eine Kombination der beiden genannten Gewebsarten in dem Glioneurinom gelten lassen will, diese einer gemeinsamen Wurzel entsprungen sein können. — An Hand eines von *B.* ausgebauten Systems der gesamten Geschwülste aus Nervengewebe erläutert *B.* zum Schlusse die Stellung der Glioneurinome in diesem onkologischen System.

Dräsicke-Hamburg: Über Mitbewegungen bei Gesunden. Der Vortr. weist auf Mitbewegungen bei Kindern und Jugendlichen hin, die physiologisch vorkommen und keine pathognomonische Bedeutung haben.

Weygandt-Hamburg: Geisteszustand bei Turmschädel.

Ausreichendes Untersuchungsmaterial, vor allem anatomischer Art. ist schwer zu beschaffen, weil die meisten Fälle psychisch intakt, zum Teil halbpart sind und daher selten zum Psychiater und Neurologen kommen. Die genaue Diagnose ist nicht lediglich durch den Schädelbau, der auch anderweitig bedingt sein könnte, sondern mittels des Röntgenverfahrens durch die Juga cerebralia und Impressiones digitatae zu sichern. Die Ansicht, als seien diese durch den Druck der einzelnen Hirnwindungen bedingt, ist irrig, wie sich aus den artefiziellen Turmschädeln mit verringerter Schädelkapazität bei den Inkas u. a., sowie aus der Vergleichung



von Tierschädeln ergibt. Es handelt sich um eine Krankheit sui generis, wie auch die Tatsache des hereditären Vorkommens, selbst in drei Generationen, beweist. — Ausnahmsweise finden sich psychische Abweichungen. Diese Fälle lassen sich in drei Gruppen scheiden: 1. einfache Intelligenzdefekte, meist der Imbezillität, oder auch der Idiotie entsprechend; 2. vorwiegend ethische Defekte, also degenerative Zustände, gelegentlich mit Intelligenzmangel gepaart; 3. psychische Erscheinungen im engeren Sinn, Querulieren, Mißmut, Depression, selbst Suizidalität, Verwirrtheit, Gewalttätigkeit, Größenvorstellungen usw. Außerdem können bekanntlich auch epileptiforme Anfälle auftreten. — Jede der Gruppen wird durch eine Reihe von Fällen veranschaulicht. Zahlreiche Lichtbilder illustrieren den Vortrag. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt an anderem Ort.)

Aussprache. *Saenger* fragt den Vortr., ob er nicht beim Turmschädel auch hohe Begabung beobachtet habe. Er selbst kannte einen Herrn mit exquisitem Turmschädel und Optikusatrophie, der sich durch eine sehr gute Intelligenz ausgezeichnet hat.

Weygandt (Schlußwort): Turmschädelfälle mit hoher Intelligenz kommen vor, meist ist die Intelligenz durchschnittlich.

Rittershaus-Hamburg: Manisch-depressives Irresein und Hysterie.

Nißl hatte s. Zt. geglaubt, für das Zusammentreffen hysterischer und manisch-depressiver Symptome die einfachste Lösung gefunden zu haben; er nahm entweder nur manisch-depressiv-ähnliche Symptome bei Hysterie oder hysterieforme als Symptom des manisch-depressiven Irreseins an. Die Erfahrung widerspricht dieser Auffassung. Von den drei differentialdiagnostischen Kriterien, die er angibt, kommt der Krankheitsausgang bei der relativ guten Prognose beider Erkrankungen nicht in Frage; der Verlauf zeigt eigentlich jede Möglichkeit einer Kombination, und die Ätiologie kann ebenfalls nicht ausschlaggebend sein. Beide Erkrankungen setzen eine endogene Veranlagung voraus, und nicht nur Hysterien, nicht nur Kombinationen beider Symptomenkomplexe, sondern auch rein manisch-depressive Zustandsbilder können psychogen ausgelöst werden, wie z. B. bei der „Flucht in die Psychose", bei der „reaktiven Depression" (*Reiß*) usw.; wahrscheinlich muß auch der „sensitive Beziehungswahn" (*Kretschmer*) hierhergerechnet werden. Symptomatologische Unterschiede gegenüber dem „echten" manisch-depressiven Irresein, z. B. im Sinne eines hysterischen Einschlags, können hier ganz fehlen, die angeborene Veranlagung kann in den „anfallfreien" Zeiten völlig latent bleiben, und überall bestehen fließende Übergänge zwischen den verschiedenen Möglichkeiten. Allein von „auslösender" Ursache zu sprechen, trifft den Kernpunkt der Frage nicht; die immer vorauszusetzende degenerative Anlage kann ebensogut, wie sie in der Neigung besteht, auf psychogene Reize mit hysterischen Symptomen zu reagieren, auch darin bestehen, daß mit beiden Symptomenkomplexen, oder sogar nur allein mit dem manisch-depressiven reagiert wird, namentlich wenn man einen individuell adäquaten Reiz im Sinne *Birnbaums* voraussetzt. Dann ist es aber nur konsequent, in solchen Fällen den manisch-depressiven Symptomenkomplex im Sinne *Hoches* als Verlaufsmöglichkeit, also als



Symptom einer Hysterie aufzufassen, im Sinne meiner früheren Ausführungen. (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1920, Bd. 56, S. 10.) Dies ist keine einfache Rückkehr zu *Nißls* Ansicht, sondern entspricht der ganzen Fortentwicklung unserer Wissenschaft, die ja alles, was man zuerst als Krankheit ansah, als Symptom erkennen lehrte und dann nach höheren ätiologischen Krankheitseinheiten im Sinne *Kraepelins* suchte. (Ausführliche Veröffentlichung am anderen Orte.)

Aussprache. *Steyerthal*: Der eben gehaltene Vortrag rückt eine Frage in bedenkliche Nähe, nämlich die Frage: Was ist Hysterie? Ich habe mich mit diesem Gegenstande seit Jahren beschäftigt. Leider hat meine Auffassung von der Hysterie wenig Gegenliebe gefunden, aber ich glaube, meiner Ansicht wäre mancher Kollege beigetreten, wenn ich besser verstanden wäre. Ich habe nie bestritten, daß es hysterische Symptome gibt, wie diese Symptome zustande kommen, lasse ich dahingestellt, ich behaupte nur: Alle Hysterie ist Symptom, diese hysterischen Erscheinungen finden wir im ganzen Bereiche der Psychiatrie und Neurologie; jedesmal, wo sie auftreten, soll man fragen: „Warum ist der Kranke hysterisch?" „Was liegt zugrunde?" Erst wenn wir das tun, werden wir in dieser schwierigen Frage zur Klarheit kommen.

Walter: *Rittershaus* hat das endogene manisch-depressive Irresein sehr einzuschränken versucht auf Kosten der Hysterie. Ätiologie und Ausgang sind nach ihm nicht diagnostisch verwertbar. Ich möchte fragen, wie er die psychotherapeutische Beeinflussung bewertet. Berücksichtigt man sie in stärkerem Maße, so ist die Zahl der rein endogenen Erkrankungen keineswegs so klein, wie *R.* sie darzustellen sucht. Nach meiner Ansicht geht der Vortr. zu weit in der Einschränkung dieser Gruppe.

Rosenfeld kann sich der Auffassung des Vortr. nicht anschließen, daß so viele Fälle von manisch-depressivem Irresein eine psychogene Entstehung erkennen lassen. *R.* ist vielmehr der Meinung, daß man in nicht seltenen Fällen, in denen man schon glaubt eine psychogene Entstehung annehmen zu können, doch seine Ansicht später wieder korrigieren muß. Die echten Phasen von manisch-depressivem Irresein sind nicht psychogen zu beeinflussen oder zur Auslösung zu bringen. Wenn es wirklich so viele reaktive Depressive gäbe, die noch zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen sind, so müßte es doch auch reaktive Manien geben, worüber aber bisher keine zuverlässigen Mitteilungen in erheblicher Zahl vorliegen.

Nonne: Die Berechtigung der Krankheit per se „manisch-depressive Psychose" ergibt sich aus der Tatsache, daß in der Privatpraxis die leichten bzw. abortiven Fälle der zirkulären Psychose häufig sind, deren Anfälle von submanischer bzw. subdepressiver Stimmung vollkommen unabhängig sind von Psychogenie.

Trömner widerspricht der rein symptomatischen Wertung sowohl der manisch-depressiven, als auch der hysterischen Zustände. Wirkung von Gelegenheitsursachen und vergleichende Nachforschung lehren mich wenigstens überzeugend, daß beide (meist erblich übertragene) Krankheitsanlagen sind, welche sich bald mit, bald ohne mitwirkende Ursachen manifestieren. Leichtere Fälle periodischer Depressionen in Form von periodischer Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Erschöpfbarkeit, hypochon-



drischer Verstimmung, sah auch ich in der Privatpraxis nicht selten. Auch die hysterische Reaktionsweise halte ich im wesentlichen für kongenital. Natürlich können sich beide mannigfach kombinieren. In praxi ist ihre Beurteilung, besonders bei Selbstmordneigung, sehr verantwortungsvoll. Zyklische oder periodische Depressionen sind gefährlich und zu bewachen, hysterische psychisch zu behandeln.

Siemerling weist auf die hohe Bedeutung hin, welche die Frage, ob eine hysterische Beimischung vorliegt, praktisch gewinnen kann. In einem Falle, wo eine an Puerperalpsychose erkrankte Patientien sich durch Sprung aus dem Fenster eine Verletzung zuzog und wo es zu einer Klage kam, spitzte sich die Frage darauf zu, ob und inwieweit hier ein hysterischer Einschlag bei der Psychose vorhanden war. (Der Fall ist im Arch. f. Psych. Bd. 60 mitgeteilt.)

Rittershaus (Schlußwort): Der Erfolg einer etwaigen Psychotherapie ist kein differentialdiagnostisches Unterscheidungsmittel. Beim Versagen derselben kann es sich trotzdem um eine psychogene Erkrankung gehandelt haben, sei es, daß man nicht alle psychogenen Ursachen erforscht hat, sei es, daß man ihnen gegenüber machtlos ist (Tod eines Angehörigen, Klimakterium usw.), wie bereits in der erwähnten Arbeit näher ausgeführt ist. Die Tatsache, daß oft schwere psychische Schädlichkeiten bei einem manisch-depressiv veranlagten Menschen keine Psychose auslösen, beweist nichts, da wir einen adäquaten Reiz fordern müssen, und dann sind doch nicht alle manisch-depressiven Erkrankungen psychogen bedingt (cf. l. c.). Außerdem ist ja auch die Stärke und Ansprechbarkeit des Reizes individuell, vielleicht auch zeitlich verschieden. Die autochthone, vielleicht endokrinogene Restgruppe (Vagotonie?) ist absolut sicherlich nicht klein, und es sind in ihr wahrscheinlich nicht nur viele leichte Fälle, sondern auch sicherlich manche der chronischen Manien im Sinne *Spechts*. Der von *Siemerling* mitgeteilte Fall von hysterischem Suizid ist ein typisches Beispiel im Sinne meiner Ausführungen.

Runge: Klinisch-psychiatrische Beiträge zur Encephalitis epidemica.

Vortr. konnte bisher rund 45 Fälle von Encephalitis epidemica untersuchen, die sich nach den Hauptsymptomen in sieben Gruppen teilen lassen. Er spricht die verschiedenen Formen von psychischen Störungen in diesen Gruppen an der Hand einer Tabelle durch und hebt folgende psychische Krankheitsbilder als Haupttypen hervor: In der 1. Gruppe der lethargischen Fälle (mit den Hauptsymptomen der Schlafsucht und Augenmuskellähmungen) apathisch-akinetische Bilder, Zustände ähnlich dem Alkoholrausch, Beschäftigungsdelirien ähnlich dem Delirium tremens ohne stärkere motorische Unruhe und Affektbeteiligung, leichtere hypnagoge Delirien (auch einige Fälle ohne psychische Abweichungen), in der 2. Gruppe der amyostatischen Fälle (Hauptsymptome: allgemeine Muskelrigidität, mimische Starre) akinetisch-apathische Bilder mit Spontaneitätsmangel und teilweise katatonen Symptomen, in der 3. Gruppe der komatös-epileptoiden Fälle Krankheitsbilder mit frühzeitig einsetzendem Koma und interkurrenten epileptischen Anfällen sowie meist ungünstigem Ausgang (ohne Augen-



symptome), in der 4. Gruppe der choreatischen Fälle (choreatische Zuckungen, Augensymptome, meist Schlaflosigkeit) Delirien mit stärkerer Affektbeteiligung und Affektschwankungen, stärkerem Hervortreten von akustischen Halluzinationen und Sensationen gegenüber den meist rein optischen oder optisch-taktilen Täuschungen der Beschäftigungsdelirien, in der 5. Gruppe der myoklonischen Fälle (mit den oft beschriebenen myoklonischen Zuckungen, die bei der 1. Untergruppe mit Augensymptomen hauptsächlich in der Rumpfmuskulatur, in der 2. Untergruppe ohne Augensymptome in der Extremitätenmuskulatur lokalisiert waren) Beschäftigungsdelirien ähnlich dem Delirium tremens, und zwar in der ersten Untergruppe; keine erheblicheren psychischen Abweichungen bis auf eine leichte Erregbarkeit in der 2. Untergruppe, in der 6. Gruppe der gemischten Fälle (mit regellosem Wechsel der Hauptsymptome) in einem Fall, der unmittelbar nach Grippe ausbrach, ein Bild ähnlich den Infektionsdelirien, in der 7. Gruppe der unsicheren Fälle mit hauptsächlich spinalen und bulbären Symptomen keine erheblicheren psychischen Störungen. — Vortr. weist erstens auf die Abweichungen der psychischen Krankheitsbilder der Encephalitis epidemica von den Psychosen bei Infektionskrankheiten, besonders bei Grippe, zweitens auf die Ähnlichkeit vieler dieser Bilder mit Alkoholpsychosen (akuter Rausch und Delirium tremens) und drittens auf die Verschiedenartigkeit dieser Bilder in den verschiedenen nach somatisch-zerebralen Hauptsymptomen geordneten Krankheitsgruppen hin. — Die Abweichungen von den Psychosen bei Infektionskrankheiten wurden bei Ausbruch der Krankheit mehr oder weniger unmittelbar nach Grippe, bei interkurrenten Krankheiten (Sepsis), bei den choreatischen Fällen verwischt, die Ähnlichkeit mit diesen dann größer. Die Ursache für die Abweichungen von den sonstigen Infektionspsychosen ist möglicherweise in dem stärkeren Befallensein subkortikaler Hirnpartien, der Stammganglien, des Hirnstamms usw. neben der Erkrankung der Hirnrinde bei der Enzephalitis zu suchen. — Neben den Ähnlichkeiten vieler psychischer Krankheitsbilder der Enzephalitis mit dem Delirium tremens bestehen auch Analogien auf somatischem Gebiet, da sich auch bei letzteren häufig Pupillenstörungen und nicht selten Lähmungen äußerer Augenmuskeln als Ausdruck einer Poliencephalitis hämorrh. superior finden. Ob die Ähnlichkeit der Lokalisation der pathologischen Prozesse im Großhirn und Hirnstamm bei beiden Krankheiten auch die Ähnlichkeit der psychischen Krankheitsbilder bedingt, sei dahingestellt. Die Unterschiede der psychischen Krankheitsbilder in den verschiedenen Gruppen der Enzephalitis bestehen hauptsächlich in der Verschiedenheit der begleitenden Affektstörungen, in der Verschiedenheit der Halluzinationen und Illusionen und dem mehr oder weniger starken Hervortreten von Beschäftigungs- oder anderen Delirien. Da die Ursache für die Verschiedenartigkeit der somatischen Symptomenkomplexe bei der Enzephalitis in einem verschieden starken Erkranktsein verschiedener, besonders wohl subkortikaler Hirnregionen zu suchen ist, erhebt sich die Frage, ob auch die Verschiedenartigkeit der von der Art der somatischen Symptomengruppierung offenbar bis zu einem gewissen Grade abhängigen psychischen Störungen darauf zurückzuführen ist. Auch wird man durch

ie Verschiedenartigkeit der Affektstörungen bei den verschiedenen Gruppen an die Anschauungen *Kleists* über die Beteiligung subkortikaler Läsionen an dem Zustandekommen von Affektstörungen erinnert. Einzelne Krankheitsbilder der 2. Gruppe wiesen erhebliche Ähnlichkeit mit katatonen Zustandsbildern auf.

Aussprache. *Walter*: Ich entbehre unter den von *Runge* aufgeführten Gruppen eine, von der ich bisher vier Fälle sah. Es handelte sich um zwei Kinder und zwei Erwachsene, die im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung, einmal mit Augensymptomen und Schlafsucht, eine außerordentlich hartnäckige Schlaflosigkeit bekamen. In allen Fällen trat, in verschiedener Stärke, statt des Schlafes eine körperliche Unruhe auf, die sich einmal zu einem an Chorea erinnernden Grade steigerte.

Creutzfeldt: Ähnliche Fälle, an Kindern fast chronisch choreatisch, in München beobachtet.

Runge (Schlußwort) sah bisher nur einen Fall, der vielleicht in die choreatische Gruppe gehört.

Creutzfeldt-Kiel: Pathologisch-anatomische Beitäge zur Encephalitis epidemica (lethargica).

Es werden einige Mikrophotogramme aus enzephalitischen Gehirnen von der letzten großen Epidemie gezeigt, die ein Bild der von *Spielmeyer* besonders bei Fleckfieber, Typhus usw. beobachteten, frühzeitigen Reaktionen des ektodermalen und mesodermalen Stützgewebes geben sollen. Vortr. schilderte die verschiedenartigen Infiltrationen der Gefäßwände mit Lymph- und Plasmazellen, sowie mit Makrophagen, außerdem wird auf Endothelsprossungen hingewiesen. Diesen Erscheinungen gehen Wallbildungen von seiten der Glia parallel. Weiterhin wird die lebhafte Gliawucherung um die Ganglienzellen beschrieben, die zur völligen Abscheidung dieser Elemente, weiterhin zu ihrer Forträumung und schließlich zum gliösen Ersatz führen kann. Derartige Prozesse werden, weil ein sicheres Eindringen von Gliazellen in die Nervenzellen (Neuronophagie) nicht festzustellen war, vorläufig als Umklammerungen (*Spielmeyer*) bezeichnet, wobei Vortr. seine frühere Bezeichnung „Totenladen" für derartige Bilder zurücknimmt. Denn es handelt sich hier um noch fortschreitende Prozesse, während die „Totenlade" eine Bezeichnung für fertige Einkapselungen abgestorbener inkrustierter bzw. sklerosierter Ganglienzellen ist. Es scheint, daß die so zugrunde gehenden Ganglienzellen einen mehr protoplasmatischen Zerfall, der sich in Verflüssigung, Homogenisierung, Inkrustierung äußert, keine fettige Degeneration zeigen. Dies ist besonders bei jüngeren Individuen ausgesprochen, wo es nicht zu Wabenbildung kommt, während bei älteren Individuen schon eher Vakuolisierung beobachtet wird. Dabei wird der innige Zusammenhang zwischen nervösem Parenchym und Glia betont. Die Glia dient gewissermaßen ergänzend den vegetativen (formativen und nutritiven) Bedürfnissen des Nervenparenchyms, dem dadurch eine höhere Differenzierung im Sinne seiner spezifischen Funktion ermöglicht wird. Dabei muß betont werden, daß nicht selten bei der gleichen Ganglienzellenveränderung solche Umklammerungen völlig fehlen können, also auch hier wir noch nicht imstande sind, absolute Gesetzmäßigkeiten auf-



zustellen. Die Bilder stammen von frischen Fällen von 8—16 Tagen Krankheitsdauer. Nur kurz wird noch einmal auf die Gliasternbildungen des Marks usw. eingegangen und betont, daß es sich bei den drei beschriebenen Arten von progressiven Gliaveränderungen um lokale Reizerscheinungen handelt, die wohl der Abräumung, der Abscheidung und später dem Ersatz dienen. Je ein Fall von 28 und 59 Tagen Krankheitsdauer geben Veranlassung, die spätere weitere Ausbreitung des exsudativ-infiltrativen Prozesses zu besprechen, der auch die Hirnrinde befallen kann und dort eigenartige, den paralytischen ähnelnde Veränderungen bewirken kann. Die Frage, ob diese Reizwirkungen primär vom nervösen Parenchym oder vom Gefäßsystem ausgehen, wird besprochen, aber nicht entschieden.

II. Sitzung. Beginn nachm. 3½ Uhr. Vorsitzender: *Rosenfeld*-Rostock.

Es wird zunächst über den Ort der nächsten Jahresversammlung beraten und Bremen vorgeschlagen. Der Verein will mit den dortigen Kollegen deswegen in Verbindung treten. Ein anderer Vorschlag, die Versammlung jedes Jahr am gleichen Ort abzuhalten, wird abgelehnt.

Aussprache zum Vortrag *Creutzfeldt*. — *Berblinger*: Sind die Gefäßinfiltrate nicht sekundär entstanden infolge des Parenchymzerfalles?

Creutzfeldt: *Berblinger*s Frage hätte Vortr. gern für sich bejahend beantwortet. Aber die Beschreibung infiltrierter Arterien durch andere Beobachter bestimmte ihn, nicht bedingungslos die sekundäre Bedeutung der Gefäßinfiltrate anzunehmen.

Josephy-Hamburg: Über tuberöse Sklerose. In einem Fall fanden sich neben typischen Veränderungen im Sinne der hypertrophischen Windungen an sonst normal erscheinenden Rindenstellen einzelne große Zellen und einzelne heterotope atypische Ganglienzellen. Dieser letzte Befund spricht für eine primäre selbständige Beteiligung der Nervenzellen an dem Prozeß, der der tuberösen Sklerose zugrunde liegt, abgesehen von anderen Bedenken, die gegen die *Bielschowsky*sche Auffassung von der sekundären Entstehung der atypischen Ganglienzellen geltend zu machen sind. Die verstreuten „großen" Zellen zeigen, wie wenig intensiv die Veränderungen bei tuberöser Sklerose sein können; sie weisen erneut darauf hin, wie wichtig es ist, bei verdächtigen Fällen (Nierentumoren usw.) das Gehirn aufs genaueste zu untersuchen.

Jakob-Hamburg: Über seltene Erkrankungen des Zentralnervensystems auf syphilitischer Grundlage.

Außer der reinen Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße (*Nißl* und *Alzheimer*) sind noch gewisse Kombinationsformen syphilitischer Prozesse mit einer Gefäßerkrankung zu berichten, die anatomisch ein recht gleichmäßiges Gepräge bieten. Einmal kombiniert sich diese Gefäßerkrankung mit leichten chronisch-infiltrativen Vorgängen im Zentralnervensystem (Beispiele dieser Art in der früheren Veröffentlichung des Ref. in der Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 54, 1920). Des weiteren gibt es Kombinationen von Meningitis syphilitica mit der reinen Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße. In der



oben erwähnten Veröffentlichung sind als Fall 8 und 9 derartige Fälle beschrieben. Zwei weitere Fälle werden mitgeteilt: 1. Eine 43jähr. Frau (deren Mann differente Pupillen hat und einen nervenkranken, geistesschwachen Eindruck macht) erkrankt plötzlich apoplektiform unter heftigem Erbrechen, Sprachverlust und nachfolgendem Verwirrtheitszustand ohne motorische Parese und bei prompter Pupillenreaktion. Blut = Wa + + +, Liquor + + +, Phase I positiv. Zellzahl nicht zu bestimmen, da Liquor sanguinolent. Nach 4 Tagen Exitus. Größere piale Blutung, namentlich im linken Parietal- und Temporalhirn mit Erweichung des Nervengewebes dieser Gegenden. Außerdem Lebergummen. — Mikroskopisch: syphilitische Meningitis und Endarteriits syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße mit frischeren größeren Blutaustritten in der Pia und im linken Parietal- und Temporalhirn.

2. Mann mit 57 Jahren; Infektion Mitte der zwanziger Jahre, Ausbruch der Erkrankung mit auffallender Euphorie, Kopfschmerzen und Magendarmerscheinungen, artikulatorischen Sprachstörungen und fast lichtstarren Pupillen (1911). Blut = Wa + + +, Liquor: Phase I +, Zellen 200, Wa von 0,15—0,5 + + +. Diagnose: Beginnende Paralyse. Wiederaufnahme 1912 unter denselben Erscheinungen; ebenso 1913. Dazwischen Arbeit. 1919 Wiederaufnahme nach einer Apoplexie. Pupillen beiderseits verzogen. Reaktion auf L. und C. genügend. Sehr starke Sprachstörung, hochgradige Demenz und Erregungen. Patellarreflexe deutlich auszulösen; Achillessehnenreflexe fehlen. Auch jetzt Blut = Wa + + +; ebenso der Liquor von 0,05—1,0, 120 Zellen, Phase I positiv. Es tritt bald eine rechtsseitige Hemiparese auf. Mit starker Sprachstörung und unter zunehmender Verwirrtheit stirbt der Kranke im Juli 1919 in einem komatösen Zustand. — Auch hier mikroskopisch Meningitis syphilitica und ausgedehnte Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße mit Rindenverödungsherden bei völliger Erhaltung des Windungsreliefs ohne Einschmelzung.

Des weiteren wird eine Krankheitsgruppe besprochen, die sich mikroskopisch charakterisiert als eine Meningitis syphilitica und eine produktive Endangitis fast ausschließlich der größeren Hirn- und Pialgefäße.

3. Aufnahme mit 50 Jahren (1909) mit den Erscheinungen vorgeschrittener Demenz, artikulatorischer Sprachstörung, ungleichen Pupillen, schwacher Lichtreaktion. Angeblich vor 12 Jahren Lues. Liquor: Phase I positiv mit Lymphozytose. Wa positiv in Blut und Liquor. Ausgesprochen lethargischer Zustand; muß zu den Mahlzeiten geweckt werden, schläft fortwährend. Weiterer psychischer Verfall, ganz das Bild eines verblödeten Paralytikers. 3 Jahre später (1912) Exitus. Sehr atrophische Stammganglien mit älteren Erweichungsherden im Striatum und Thalamus. Mikroskopisch der oben gekennzeichnete Krankheitsprozeß.

4. Im Alter von 61 Jahren Aufnahme wegen Tobsuchtsanfällen, Größenideen und vorgeschrittener Demenz. Lues vor vielen Jahren zugegeben. Rechtsseitige, spastische Hemiparese, verzogene Pupillen mit fehlender Lichtreaktion. Psychisch: euphorisch, Größenideen; im ganzen das Zustandsbild eines Paralytikers. Sprachstörung, Schreibstörung. Wa im Blut negativ; im Liquor Wa negativ, leichte Zellvermehrung,

Globulinvermehrung ohne Vermehrung des Gesamteiweißes und schwach positive Hämol-R. Unter zunehmender Unruhe bei starkem psychischen Verfall Tod nach einem Monat.

In diesen Fällen zeigen sich neben dem oben kurz skizzierten anatomischen Prozesse durch die Gefäßerkrankung bedingte kleinere Erweichungsherde in der Rinde und in den basalen Stammganglien, die in allem arteriosklerotischen Erweichungsherden gleichen.

Schließlich noch ein Fall, in welchem sich die produktive Endangitis der größeren Pialgefäße kombiniert findet mit einer nur angedeuteten Endarteriitis der kleineren Hirnrindengefäße. Auch hier stehen die ungewöhnlich zahlreichen Rinden- und Markerweichungsherde von sklerotischem Gepräge im Vordergrunde: 5. Die Krankheit begann bei der 41jähr. Frau mit einem plötzlich einsetzenden Verwirrtheitszustand 1912. Die Frau weiß von Syphilis nichts; hat 13 Kinder geboren, wovon vier leben, die anderen alle tot geboren sind oder gleich nach der Geburt starben. Die Pupillen sind ungleich, reagieren nicht sehr ausgiebig auf Licht. 0,8$^0/_{00}$ Eiweiß; sonst körperlich o. B. Keine Krankheitseinsicht, mäßige Demenz. Blut: Wa + + +, Liquor völlig negativ. In den nächsten Jahren viermalige Aufnahme wegen epileptischer und Tobsuchtsanfälle, die vornehmlich mit den Menses einsetzen und mit Halluzinationen und Verwirrtheitszuständen einhergehen. Romberg +; artikulatorische Sprachstörung. Die Blut- und Liquoruntersuchungen im wesentlichen wie oben. Die Goldsolreaktion gibt eine Lueszacke. Von 1915 an dauernd in der Anstalt. Sehr häufige epileptische Anfälle, Verwirrtheits- und Erregungszustände bei zunehmender Demenz. Körper im allgemeinen wie oben. Im Urin dauernd Eiweiß, manchmal auch Zucker. Der Blut-Wa in den letzten Jahren negativ Nach 8jähriger Krankheitsdauer 1920 Exitus an Herzschwäche.

An alle solche Kombinationsformen muß man denken, um der Klinik, Prognose und Therapie der syphilitischen Gehirnerkrankungen gerecht zu werden.

Aussprache. — *Saenger* fragt den Vortr., ob er bei den von ihm vorgetragenen Fällen eine größere Einwirkung der antiluischen Behandlung gesehen habe, als bei der Paralyse. Ferner fragt er, ob er bei seinen Fällen reflektorische Pupillenstarre oder absolute Pupillenstarre konstatiert habe, wie man letztere besonders bei der zerebralen Lues zu sehen gewohnt ist.

Walter hat in der letzten Zeit zwei Fälle klinisch beobachten und histologisch untersuchen können, die offenbar zu den von *Jakob* gekennzeichneten Gruppen luischer Hirnerkrankungen gehörten. In beiden Fällen war die Diagnose zweifelhaft, im ersten blieb sie auch bis zum Exitus schwankend zwischen Lues cerebri und Paralyse, beim zweiten wurde nach längerer Beobachtung Paralyse als wahrscheinlich diagnostiziert. Histologisch zeigten beide schwere endarteriitische Veränderungen, im Fall 1 außerdem geringe Piainfiltrationen und vereinzelte perivaskuläre Rundzellenanhäufungen. Im 2. Falle fehlten die perivaskulären Infiltrationen. Spirochäten sind bisher in keinem der Fälle gefunden.

Jakob (Schlußwort): Der erste, von *Walter* erwähnte Fall unter-



scheidet sich von den heute besprochenen Fällen durch das Vorhandensein infiltrativer Vorgänge im Nervengewebe selbst, welche bei den obigen Fällen fehlen. Spirochäten wurden in keinem dieser Fälle gefunden. Pupillenerscheinungen fehlen manchmal völlig. Recht häufig findet man nur einseitige und reflektorische Pupillenträgheit erwähnt; doch können die ganzen klinischen Erscheinungen recht paralyseähnlich sein. Apoplektiforme Erscheinungen stehen hier mehr wie bei der Paralyse im Vordergrunde, und viele der Fälle neigen zu protrahiertem, häufig remittierendem Verlauf. Therapeutisch scheint vorsichtige, aber doch energische antisyphilitische Behandlung erfolgversprechend.

Walter-Rostock berichtet über Untersuchungen, die die Bedeutung und Entstehung der amöboiden Gliazellen zum Gegenstand haben, und kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die *Cajal*sche Klasmatodendrose entspricht der Bildung der amöboiden Gliazellen, ist aber sehr viel leichter, deutlicher und vollständiger nachweisbar mit Hilfe der Sublimat-Gold- und Solargyl-Methode. Gliazerfall im Sinne der amöboiden Zellen ist weit häufiger als nach den Untersuchungen mit den *Alzheimer*schen Methoden zu erwarten war. Bei 82 Fällen verschiedenster Psychosen ließ sich eine Zunahme innerhalb zehn Stunden nach dem Tode feststellen. Eine Abhängigkeit von der psychischen und körperlichen Erkrankung besteht nur insofern, als hyperplastische Zellen widerstandsfähiger sind als normale. Bei elf untersuchten Gehirnen Nicht-Psychotischer war der Gliazerfall nicht geringer. Gegen die vitale Genese spricht auch, daß unabhängig von der vorhergehenden Erkrankung die Gliazellen der 1. bis 4. Rindenschicht mit wenigen Ausnahmen zuerst zugrunde gehen, während die 5. und 6. Schicht am widerstandsfähigsten ist. Im Mark nimmt der Prozeß regelmäßig nach der Tiefe zu, während Zerfall in Stammganglien und innerer Kapsel wiederum meist geringer ist. Auch die Wichtigkeit der Glia für die Funktion des Gehirns spricht gegen die Annahme eines diffusen Gliazerfalls intra vitam. Der prämortale Zustand des Gehirns ist für den Gliazerfall von Bedeutung, den schwere Krampfzustände (Status epilepticus, Eklampsie, Chorea gravis) beschleunigen und fördern. Sonst wurde, abgesehen von den Erkrankungen, die mit Glia-Hypertrophie einhergehen (s. O.), keine Gesetzmäßigkeit bisher gefunden. Einen Rückschluß auf die voraufgehende Erkrankung läßt Klasmatodendrose resp. amöboider Zerfall nicht zu.

Aussprache. — *Jakob* schließt sich im allgemeinen den Ausführungen von *Walter* an, betont aber, daß von Fällen mit diffuser amöboider Gliaumwandlung streng zu unterscheiden sind jene Fälle, welche diese Gliadegenerationsformen nur in lokaler Betonung zeigen. Ausgesprochen amöboide Glia wird von *J.* jetzt nur noch ganz selten angetroffen, nachdem für baldige Sektion und gute Kältekonservierung der Leichen gesorgt ist. Bei Fällen, welche die sogen. präamöboide Glia zeigen, findet sich gewöhnlich noch keine Klasmatodendrose.

Walter (Schlußwort): Wie sich die präamöboiden Zellen *Rosentals* zur Klasmatodendrose verhalten, darüber bin ich mir noch nicht völlig klar. Wenn sie wirklich Vorstadien der amöboiden Umwandlung dar-



stellen, dann glaube ich auch, daß sie im Silberpräparat als leichtere Form der Klasmatodendrose imponieren, da, wie aus den Vergleichsuntersuchungen hervorgeht, letztere Methoden das vollständigere Bild des gliösen Zerfalls zeigen. Die Glia der senilen Rinde färbt sich im Cajal-Präparat, soweit sie nicht hypertrophisch ist, tatsächlich oft recht unscharf.

Kafka-Hamburg: Die *Wassermann*sche Reaktion bei der Paralyse. (Erscheint ausführlich an a. O.)

Aussprache. — *Gennerich*-Kiel ist auf Grund verschiedener gleicher Beobachtungen in der Lage, die *Kafka*schen Angaben über das gelegentliche Vorkommen negativer SR bei Paralyse zu bestätigen. Es handelt sich hier einmal um inzipiente Fälle, die früher sehr ausgiebig behandelt sind, und zweitens um Fälle mit geringerer Krankheitsoberfläche. Außerdem erweist eine Reihe hiesiger Beobachtungen das langjährige Vorhandensein negativer SR bis kurz vor dem Ausbruch der Paralyse. Erst mit dem Einbruch des Liquors in das Granulationsgewebe der der Paralyse vorausgehenden latenten syphilitischen Meningoenzephalitis kommt es zum ausgiebigen Zerfall der durch die Liquordiffusion in ihrer Ernährung gestörten Infiltrations- und Proliferationszellen und damit zum massenhaften Freiwerden syphilitischer Reagine. Letztere werden dann ebenso wie die Spirochäten durch die vorwärtsdringende Liquordiffusion in das Parenchym und seine Lymphwege hineingeschwemmt. Von der Quantität des genannten Zerfalls und der Hochgradigkeit der Liquordiffusion ist natürlich die Wiederkehr positiver SR in hohem Maße abhängig. Es ist somit von seiten *Plaut*s durchaus unberechtigt, das vereinzelte Vorkommen negativer SR im Anfangsstadium der Paralyse in Abrede stellen zu wollen.

Gärtner weist auf die Möglichkeit der Verwechslungen von verschiedenartigen Liquores hin, die schon vor ihrer Einsendung vorkommen können, und empfiehlt als Schutz dagegen wiederholte Untersuchungen.

Weygandt: Gegen Wassermann-Blut als unerläßliche Vorbedingung des Wassermann-Liquor sprechen die unterschiedlichen Ergebnisse der aktiven Behandlung, die bald mehr psychologisch, bald neurologisch, bald serologisch sind; — in letzterem Fall manchmal mehr nach der entzündlichen Seite hin — manchmal mehr biologisch; in dieser Hinsicht bessert sich gelegentlich der Liquor, gelegentlich mehr das Serum.

Nast versucht eine kurze Erklärung der Entstehung der atypischen Paralysen durch chemotherapeutische Maßnahmen zu geben. Es wird auf die Notwendigkeit der Beurteilung der vorangegangenen Therapie hingewiesen.

Kafka (Schlußwort) wendet sich gegen *Gärtner*s Vermutung. Da sämtliche Fälle aus der Anstalt selbst stammen und nicht von außen, sind Verwechslungen so gut wie ausgeschlossen. Auch ist wohl nicht anzunehmen, daß gerade bei diesen Fällen Verwechslungen in relativ großer Menge vorkommen sollten, während sie sonst bei unserm leicht kontrollierbaren Material nicht zu beobachten sind. Schließlich spricht auch dagegen, daß in einer Reihe von Fällen an anderen Instituten der gleiche Befund erhoben worden ist, wie bei uns.



Lienau-Hamburg: Personalorganisation und ärztliche Leitung.

Vortr. bespricht die Zustände, die in seiner Anstalt infolge der neuen Personalorganisation ihre üblen Wirkungen ausüben. Er steht auf dem Standpunkte, daß er nicht mehr die Verantwortung für seine Kranken übernehmen kann, wenn er nicht auch das volle Anstellungs- und Kündigungsrecht über seine Angestellten besitzt. Vor allem betont er, daß eben bei der Auslese des Pflegepersonals ärztliche Gesichtspunkte wesentlich richtunggebend sind und daher eine Einmischung der Angestelltenorganisationen schon an sich widersinnig ist und verderbliche Folgen haben muss. Vortr. hat schließlich dadurch, daß er sich aus besseren Kreisen sein Personal zusammensucht, den Pflegerdienst in seiner Anstalt wieder auf die Höhe gebracht, nachdem er jegliche Verhandlungen mit den Angestelltenorganisationen abgelehnt hatte. Er schlägt die Annahme folgender Entschließung vor:

Entschließung: Der Verein norddeutscher Psychiater und Neurologen stellt mit Bedauern fest, daß die nachrevolutionäre Gesetzgebung die ärztliche Leitung der Irrenanstalten vor Aufgaben stellt, welche das ärztliche Verantwortlichkeitsgefühl mit schweren Gewissenskonflikten belasten. Es muß unter allen Umständen angestrebt werden, daß etwaige Personalorganisationen, soweit sie die Krankenpfleger betreffen, die Frage der Qualifikation, die Einstellung und Entlassung ausschließlich der Entscheidung der leitenden Ärzte zu überlassen haben.

Aussprache. — *Schlüter* bittet, die Resolution nicht nur für die Irrenanstalten zu fassen, sondern allgemein für die Krankenanstalten, zum mindesten auch für die Sanatorien, da in diesen doch auch öfter Nervenfälle in Behandlung sich befinden, die besonderer Aufsicht und Pflege des Personals bedürfen. Wenn zurzeit auch wohl die Personalverhältnisse in diesen Anstalten besser sind, wie in den geschlossenen Anstalten, so weiß man nicht, wie lange dies noch so bleibt, und es ist wünschenswert, wenn im gegebenen Falle die Sanatoriumsbesitzer sich auf die heutige Resolution berufen können.

Rittershaus fürchtet, daß derartige Entschließungen von einem großen Teil der linksstehenden Presse totgeschwiegen werden, wie dies ja auch seinerzeit bei der Entschließung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg geschehen war. Wichtig aber wäre es, wenn alle Psychiater sich genau über die Bestimmungen des Betriebsrätegesetzes orientierten. Bei der praktischen Einführung aller dieser Einrichtungen scheinen die Psychiater ebenso versagt zu haben, wie das gesamte Bürgertum bei Ausbruch der Revolution; es macht den Eindruck, als ob viele Betriebsräte usw. sich, gewissermaßen aus Gewohnheitsrecht, Befugnisse angemaßt hätten, die im Betriebsrätegesetz keine rechtliche Grundlage haben, und denen man durch passive Resistenz, streng auf dem Boden des Gesetzes stehend, systematisch entgegentreten müßte. Vielleicht geben die zu erwartenden Richtlinien der Reichsregierung zur Ausführung dieses Gestezes weitere Handhaben in diesem Sinne.

Weygandt: Die traurigen Erfahrungen sind zu bestätigen. Wir Ärzte sind verpflichtet, unsere Überzeugung zu vertreten.

Hinrichsen: Die Veröffentlichung einer solchen Entschließung ist

durchaus nicht unnütz. In der Provinz Schleswig-Holstein haben wir uns bei Tarifverhandlungen vor dem Schlichtungsausschuß mit Erfolg auf die einmütige Annahme der Hamburger Entschließung (im Deutschen Verein für Psychiatrie) berufen können.

Nach weiteren Bemerkungen von *Walter* und *Nonne* beschließt die Versammlung die Annahme der von *Lienau* vorgeschlagenen Entschließung und ihre Veröffentlichung.

Büscher-Kiel: Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken.

Auf dem Wege experimenteller Untersuchungen im Physiologischen Institut zu Kiel unter *Höber* glaubte *Linzenmeier*, daß der senkungsbeschleunigende Körper — den er kurz Agglutinin benannte — eine positiv geladene Substanz im Blutserum sein müsse, die zur Entladung der elektro-negativ geladenen R.-B., wie sich mit der *Höber*schen Kataphoresemethode nachweisen läßt, führt. Vergleichende Versuche mit defibriniertem Blut und Zitratblut legten die spezielle Frage nach der Natur dieses Körpers nahe. Es blieb die Möglichkeit offen, daß das Fibrinogen selbst die senkungsbeschleunigende Substanz sein könnte, oder daß durch die Gerinnung das Agglutinin absorbiert würde. Das Problem der Blutsenkungsgeschwindigkeit geht damit in dem Gebiete der kolloidchemischen Reaktionen auf. Mit der Einführung der kolloidchemischen Forschungsmethode in die Psychiatrie und Neurologie lag die Durchprüfung auch dieses Phänomens bei Nerven- und Geisteskranken nicht ganz fern. Zudem drängte die Vermutung nach einem analogen Verhalten mit dem *Abderhalden*schen Verfahren zur Untersuchung. Es stand zu erwarten, daß bei Psychosen oder bei organischen Prozessen des Nervensystems durch das Auftreten irgendwelcher Eiweißkörper im Blutplasma, dessen jeweilige Spezifität dahingestellt sein mag, ähnlich wie beim *Abderhalden* bei gewissen Krankheitsgruppen das Phänomen sich anders verhielte als bei gesunden Personen. Als Ausgangspunkt der folgenden Untersuchungen dienen die im Durchschnitt an 22 gesunden Frauen bzw. 9 Männern gewonnenen Standardkurven. Die Standardkurve zeigt, daß die Sedimentierung von Frauenblut viel schneller als beim Männerblut erfolgt. Es zeigt sich eine Beschleunigung von 1—2 Stunden während der Periode, doch sei betont, daß auch bei Männern Schwankungen von Stunden vorkamen ohne ersichtliche äußere Ursache. Es stellt somit die individuelle Senkungsgeschwindigkeit keine absolute Konstante dar. Aber auch Tagesschwankungen ließen sich nachweisen. Die Ernährung hat einen Einfluß auf die Sedimentierung. Aus dem Bestreben heraus, von einem Individuum zwei Vergleichswerte zu gewinnen und auf diese Weise etwaige Auskunft über die Natur und den Funktionsmodus des senkungsbeschleunigenden Agens zu erhalten, wurde eine Substanz von großer chemotaktischer Wirksamkeit, das Pilocarpin, bei 10 Kranken injiziert. In 10 Fällen zeigte sich eine zweifellose Verlangsamung der Sedimentierung nach der Injektion. Betrachtete man Krankheitsgruppen nach ihrer S.-Z., so zeigte sich, daß bei luischen Erkrankungen, Paralyse, Tabes, Lues cerebrospinalis bei 25 Frauen mit ziemlicher, fast gesetzmäßiger Regelmäßigkeit die Sedimentierung bis 18 mm innerhalb einer



Stunde 30 Minuten erfolgte, d. h. eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit unter dem minimalen Grenzwert der Durchschnittskurve blieb. Auch bei Männern blieb sie unter dem minimalen Grenzwert der Standardkurve von 400 Minuten. Den in der üblichen Weise gewaschenen Blutkörperchen wurde zunächst als Basis des Vergleiches nur 0,2 Natr. citric.-Lösung zugesetzt, bei einem zweiten nur die Hälfte (0,1 Natr. citric.). Die andere Hälfte 0,1 Plasma einmal durch das eines Gesunden mit bekannter S.-Z., dann durch das Plasma bzw. Serum einer Graviden, ferner durch das eines Paralytikers ersetzt. Wiederholt wurde auch das bei der Defibrinierung gewonnene eigene Serum zugesetzt. Als Gegenpol diente als letztes Röhrchen ein Gemisch von 0,1 Natr. citric. + 0,9 Blut (gewaschen). Der Vergleich der gewaschenen gegenüber den nicht vorbehandelten R.-B. ergab regelmäßig eine Hemmung in der S.-Z. Durch Zusatz von Serum wurde in keiner nennenswerten Weise eine wesentliche Differenz in der Sedimentierung, eine geringe, doch deutliche bei Verwendung des Plasmas (Aufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung) eines Paralytikers gefunden. Autoserum zeigte sich gleichfalls völlig indifferent. Das Autoplasma führte immer zur beschleunigten Sedimentierung. Ein Blut, das an sich schon eine kurze S.-Z. hatte, fiel durch eine enorme Verkürzung auf, so daß eine Superposition zweier etwa angenommener senkungbeschleunigender Komponenten im Plasma gewissermaßen statthatte. — Regelmäßig erwies sich der Wa-Reaktion-positive Liquor als indifferent auf die S.-Z., sei es, daß er einen globulinhaltigen Körper enthielt oder nicht. Die parallel einhergehenden Erscheinungen: positive Wa-R. im Serum, Verkürzung der S-Z. lassen an ähnliche Beziehungen denken, nämlich an Vermehrung oder an physikochemische Veränderungen der Bestandteile des Serums, und zwar der Globuline, im Sinne einer größeren Labilität derselben, wodurch diese unter dem Einfluß gewisser Eingriffe leicht ausfallen, und wie bei der Wa-R. Komplement binden. Hingewiesen wird auch auf die starke Lezithinvermehrung, wie sie für die Tabes, insbesondere die Paralyse behauptet wird. (Die *Sachs-Georgi*sche Ausflockungsmethode!) — Es drängt sich mehr und mehr der Gedanke auf, daß auch der senkungbeschleunigende Körper nicht als ein spezifischer anzusehen ist, sondern daß die Beschleunigung der Sedimentierung ein Charakteristikum ähnlich wie die Wa-R. für luische Prozesse abgibt, bedingt durch — ganz allgemein ausgedrückt — biochemische Veränderungen des Serums. Die Superposition der Beschleunigung durch Autoserum oder Zusatz eines Serums zu dem Blut mit verkürzter S.-Z. belegt diese Annahme. Damit fällt die Vermutung, daß es sich auch bei der Sedimentierung um einen Körper im Sinne der Immunitätslehre handelt, welcher als senkungbeschleunigender vielleicht ans Plasma gebunden sei. Ferner läßt sich daraus folgern, daß mit Ablehnung der Spezifität des senkungbeschleunigenden Faktors eine diagnostische Sonderung von Krankheitsgruppen nicht getroffen werden kann. Schon die physiologischen Varianten der S.-Z. mit den weit auseinanderliegenden Grenzwerten sowohl bei Frauen wie bei Männern, die starken Schwankungen u. a. bedingt durch die Mahlzeit, sowie das Auftreten bei verschiedenen Entzündungsprozessen und der Pilocarpinversuch heißen die Auffassung dieses Phänomens durch eine einheit-




liche spezifische Substanz ablehnen. — Als praktisch wichtig verdient hervorgehoben zu werden, daß mit der angegebenen Methode eine Senkungsbeschleunigung für luische Prozesse nachgewiesen werden kann. (Originalarbeit erscheint in Berliner klin. Wochenschr.)

Aussprache. — *Nast* fragt bei dem Vortr. an, ob er eine Beschleunigung der Anfangsgeschwindigkeit bei der Senkung der roten Blutkörperchen im Vergleich zum Endresultat während eines bestimmten Zeitmaßes beobachtet habe. Bei Lues 2 nämlich größte Anfangsgeschwindigkeit und höchste Senkungswerte, bei Bubonen hohe Werte, langsamere Anfangsgeschwindigkeit, bei Lues 1 im allgemeinen geringere Werte. Bei Prostatitis positive Werte, während unkomplizierte Gonorrhoe normale Werte ergibt. Differentialdiagnostisch ist zurzeit nichts zu verwerten, da alle infektiösen und entzündlichen Vorgänge Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit ergaben. Vielleicht gelingt durch feinere fraktionierte Globulinbestimmung (Versuche sind im Gange) eine Differenzierung.

Büscher (Schlußwort): Aus der demonstrierten Kurve, die als Grundlage für jede Beobachtung dient, und auf der eine jede Beobachtung registriert wurde, ist auch die Senkungsgeschwindigkeit der R.-B. im Anfange bis Marke 6 zu ersehen. Die anfängliche Sedimentierungszeit spielt jedoch bei den enormen Verkürzungen des Sinterns der R.-B. bis Marke 18, wie sie bei entzündlichen, insbesondere luischen Prozessen gefunden wurde, keinerlei diagnostische Rolle. Eine besondere Beachtung wurde ihr daher auch nicht geschenkt.

Meyersohn-Schwerin: Erfahrungen mit Silbersalvarsan bei multipler Sklerose.

Ref. berichtet über die Erfahrungen, die an der Nervenabteilung und Poliklinik des Städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Direkt. Prof. Dr. *G. C. Dreyfus*) gemacht wurden. Als Behandlungsart hat sich am besten die einschleichende Methode bewährt: 0,01—0,03—0,05 auf 5 ccm Aqua bidestillata als Anfangsdosis, dann über 0,075 bis 0,1 ccm in 10 ccm Aqua bidestillata. Diese Dosis wurde in letzter Zeit nicht mehr überschritten, zweimal wöchentlich bis zur Gesamtdosis von 2 g gegeben. Im ganzen sind Kranke mit M.-S. viel empfindlicher als Tabiker. Nebenerscheinungen wie aufsteigende Hitze, Unbehagen, Appetitlosigkeit, ziehende Schmerzen, Fieber, auch Kollapse sieht man nach Überdosierung. Eine schwere Dermatitis, die einen günstigen Ausgang nahm, wurde bei einer Kranken mit Krätzeekzem beobachtet nach der 11. Injektion innerhalb 33 Tagen (insgesamt 1,45 g). — Das Material setzte sich aus sechzehn Kranken zusammen, von denen zwölf einen vorwiegend chronischen Verlauf zeigten, vier ausgesprochen schubweise verliefen. Von ersteren wurden in einem Falle, in dem die Krankheit über zwei Jahre bestand, eine weitgehende, bis zu völliger Arbeitsfähigkeit führende Besserung, in einem anderen ein beträchtlicher Rückgang der Symptome einer im Bilde einer Querschnittsmyelitis verlaufenden M.-S. und in einem dritten Fall eine mäßige Besserung der Spasmen beobachtet. In sieben Fällen trat eine nennenswerte Besserung nicht ein, während in zwei ein Fortschreiten des Leidens auf die Dauer nicht verhindert werden konnte. Unter diesen

befand sich ein relativ frischer Fall, der nach der ersten Kur gebessert wurde. Von den vier schubweise verlaufenden Fällen trat in dreien bald nach Beginn der Kur eine Remission ein, darunter einmal bei poliklinischer Behandlung. Es scheint, daß in derartigen Fällen der Rückgang des Schubes durch die Therapie beschleunigt wird, wie auch *Kalberlah* meint. Die Wiederkehr fehlender Bauchdeckenreflexe wurde niemals festgestellt, dagegen ein Verschwinden der übrigen Symptome (auch pathologischer Reflexe). Besonders rasch schwanden Koordinationsstörungen und Spasmen. Da diese suggestiv beeinflußbar sind, wie ein Fall deutlich zeigte, so ist bei der Beurteilung, besonders bei psychisch veränderten Kranken, Vorsicht am Platze. Eine spezifische Wirkung des Silbersalvarsans auf den oder die Krankheitserreger ist nicht anzunehmen. Trotzdem ist das Mittel bei der Trostlosigkeit der landläufigen Therapie zu empfehlen, zum mindesten ein Versuch damit zu machen, und in geeigneten Fällen ist die Kur nach einigen Monaten zu wiederholen. Es muß weiteren Erfahrungen überlassen bleiben, ob in diesen durch systematisch über Jahre durchgeführten Kuren die Entwicklung der M.-S. hintangehalten werden kann.

Aussprache. — *Fraenkel* weist darauf hin, daß auch schon mit anderen Mitteln, die früher zur Behandlung der mult. Sklerose empfohlen waren (Kal. arsenicos., Fibrolysin u. a.), wesentliche Besserung erzielt werden konnte; so wurden vom Ref. bei der Tagung der Gesellschaft der Nervenärzte 1912 acht nahezu „geheilte" Fälle vorgestellt, die mit Fibrolysin behandelt waren. Bei den neu zur Verwendung kommenden Mitteln ist die Hauptwirkung eine suggestive, die besonders bei schubweise verlaufenden Fällen leicht zu Fehlurteilen über den therapeutischen Wert des Mittels führen kann.

Fleck gibt unter Berücksichtigung der Erfahrungen auf der *Nonne*schen Abteilung in Eppendorf mit der Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan an, daß von 16 dort behandelten Fällen acht ohne jede Besserung verliefen, darunter ein akuter, zum Tod führender. Von den acht gebesserten wiesen drei schubförmigen Verlauf auf, hatten schon früher ohne Silbersalvarsan weitgehende Remissionen. Bei den übrigen einfach progressiv verlaufenden bildete sich die Besserung zum Teil kurze Zeit nach der Behandlung wieder zurück. Ein Rückgang objektiver Befunde wurde nie beobachtet. Es erscheint der Einfluß des Silbersalvarsans auf die multiple Sklerose neben günstiger Einwirkung der Ruhe des Krankenhauses auf psychische Beeinflussung durch das Mittel zurückzuführen.

Behr-Kiel (als Gast): Sehnervenentzündung bei Adipositas dolorosa (*Dercum*scher Krankheit).

B. berichtet über bis jetzt noch nicht beschriebene organisch bedingte Komplikationen der *Dercum*schen Erkrankung von seiten des Sehnerven bei vier Patienten: zwei Männern und zwei Frauen. Beide Männer und eine Frau im Alter zwischen 50 und 60 Jahren, die andere Frau 28 J. alt. Bei allen waren die vier Kardinalsymptome der Erkrankung: Fettwucherungen, Schmerzhaftigkeit der Fettknoten, Asthenie und allgemeine nervöse Störungen, mehr oder weniger deutlich entwickelt. Die allgemeine und neurologische Untersuchung ergab sonst normale Verhält-

nisse, ebenso die Untersuchung der Nebenhöhlen. — Die Wa-Rea war, abgesehen von der jüngsten Patientin, negativ. Die Fettwucherung erfolgte auffallenderweise bei allen Patienten in der nodulären Form, bei keinem bestand eine hochgradigere allgemeine Adipositas. — Bei den drei älteren Patienten bestanden die langsam wachsenden und allmählich zahlreicher werdenden Tumoren bereits 12—17 Jahre, ehe die Sehstörungen begannen, bei der jüngeren Frau war der Prozeß frischer, die ersten Erscheinungen waren erst drei Jahre vorher bemerkt worden. Die mikroskopische Untersuchung ergab den Befund der gewöhnlichen Lipome. Die Sehstörung begann bei allen ganz allmählich in Form von Nebel- und Schleiersehen, sie nahm ganz allmählich zu, sodaß die Patienten sich erst nach drei bis vier Monaten veranlaßt sahen, die Klinik aufzusuchen. Bei allen war der dioptrische Apparat des Auges normal. Ophthalmoskopisch fand sich bei beiden Männern doppelseitig eine retrobulbäre, bei beiden Frauen einseitig eine intraokulare Neuritis optici. Bei den Männern war die temporale Papillenhälfte, auf beiden Augen ungefähr gleich stark, atrophisch verfärbt. Die Atrophie hatte bei dem älteren Manne, wenn auch weniger ausgesprochen, auch auf die nasalen Hälften übergegriffen, so daß hier mehr das Bild der totalen Optikusatrophie vorlag. Die Grenzen der Papille und die Gefäße waren normal. Bei dem Mann mit der temporalen Atrophie betrug die Sehschärfe 6/60, im Gesichtsfeld fanden sich ziemlich große relative zentrale Skotome bei normalen Außengrenzen, bei dem Mann mit der totalen Atrophie war sie dagegen nur auf $^6/_8$ herabgesetzt. Das Gesichtsfeld war auf der einen Seite normal, auf der anderen Seite fand sich ein kleines parazentrales Skotom. Bei beiden Frauen war die Sehnervenpapille hyperämisch, leicht ödematös geschwollen, ihre Grenzen verwaschen und die Gefäße erweitert. Bei der einen fand sich überdies eine Blutung in der Makula und Kaliberirregularitäten der Zentralgefäße. In diesem Fall war die Sehschärfe auf $^6/_{30}$ herabgesetzt infolge eines relativen zentralen Skotoms, bei der anderen Patientin betrug sie $^6/_{12}$ bei normalem Gesichtsfeldbefund. Das andere Auge war bei beiden normal. — Die Berechtigung, die in diesen vier Fällen beobachtete Sehnervenentzündung mit der *Dercum*schen Krankheit, bzw. ihrer Usache, einer Störung der inneren Sekretion, in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, ergibt sich aus folgenden Gründen: Einmal wegen der Häufung der Fälle, die ein zufälliges Zusammentreffen recht unwahrscheinlich machen, zweitens wegen der Analogie zu den Optikusveränderungen bei anderen, auf Störung der inneren Sekretion beruhenden Erkrankungen, namentlich beim Basedow, und bei der medikamentösen oder experimentellen Thyreoidinvergiftung, bei denen wir ebenfalls, wenn auch verhältnismäßig selten, bald einer retrobulbären, bald einer intraokularen Neuritis optici begegnen, drittens weil alle anderen sonst als Ursache in Frage kommenden Veränderungen fehlten, und vor allem viertens, wegen des günstigen Einflusses, den die Organtherapie, wenigstens in einem Falle, auf die Sehnervenentzündung hatte. Bei dem einen Manne wurde nach monatelanger vergeblicher Behandlung mit Arsen, Strychnin und Thyreoidin ein Versuch mit Hypophysin Merk zweimal täglich 0,1 g gemacht. Schon nach 14 Tagen begann beiderseits das Sehvermögen besser zu werden, nach ungefähr zwei Monaten war es von $^6/_{60}$ auf $^6/_{15}$ gestiegen.



ie Zentralskotome hatten sich ganz wesentlich verkleinert. Die übrigen ymptome blieben unbeeinflußt. Die äußeren Lebensbedingungen des atienten waren während der monatelangen klinischen Beobachtung verändert die gleichen. Daß nun andererseits auch der adipös-dys-ophische Prozeß selbst der Hypophysinbehandlung nicht unzugänglich ist, weist der zweite Patient, der nach diesen Erfahrungen ebenfalls mit ypophysin behandelt wurde. Das in diesem Fall nur auf $^6/_8$ herabge-tzte Sehvermögen besserte sich zwar nicht, dagegen wurden die Fett-ucherungen bedeutend weicher und kleiner. Der Halsumfang sank in Wochen von 59 auf 56 cm. Unterstrichen wird die Spezifität der Wir-ung des Organpräparates noch durch das Auftreten eines ziemlich hweren Herpes zoster, der ausschließlich über den Fettwülsten, die ugleich wieder stärker anschwollen und schmerzten, auftrat, und der rst durch Absetzen des Mittels zum Rückgang gebracht werden konnte.

Aussprache. — *Saenger* hat in seinen Fällen von *Dercum*scher Krankheit Sehstörungen nicht beobachtet. Um so interessanter findet r die Mitteilungen *Behr*s, die auf ein neues Symptom bei dieser Krank-eit hinweisen. — *S.* fragt den Vortr., ob nicht in den Fällen, in welchen las Hypophysin genützt hat, eine Hypophysisaffektion vorgelegen, und b er eine Röntgenuntersuchung der Sella veranlaßt hat.

Walter: Die Beobachtungen *Behr*s interessieren mich sehr, weil ich vor kurzem einen Fall von *Dercum*scher Krankheit mit Obduktionsbefund veröffentlicht habe, bei dem sich ein Alveolarkarzinom im Hinterlappen fand, ohne daß röntgenologisch eine Erweiterung der Sella turcica nach-weisbar war. Da die in der Literatur beschriebenen Fälle, soweit sie histologisch untersucht sind, ebenfalls in einem sehr hohen Prozentsatz (5 unter 7) Veränderungen der Hypophyse zeigten, bin ich der Ansicht, daß mindestens eine Gruppe der Adipositas dolorosa auf Erkrankung dieses Organs zurückzuführen ist, und daß die Augensymptome der vom Vortr. beschriebenen Fälle wahrscheinlich in dem gleichen Sinne zu deuten sind.

Behr: In drei von den vorgetragenen Fällen ist eine Röntgenauf-nahme der Sella turcica gemacht, mit völlig negativem Befund, der je-doch nicht gegen die auch vom Vortr. vertretene Ansicht spricht, daß mindestens ein Teil der Fälle in erster Linie (wenn auch nicht ausschließ-lich) auf eine Erkrankung der Hypophyse zurückzuführen ist, die aber wohl mehr in funktionellen als in ausgesprochen organischen Schädigungen des Organs zu suchen ist. Jedenfalls stellt der von *Walter* angeführte Fall, der als solcher mit großer Eindeutigkeit auf den Zusammenhang zwischen Adipositas dolorosa und Hypophysenveränderung hinweist, um so mehr eine Ausnahme dar, als in den übrigen bis jetzt mitgeteilten 12 Sektionsfällen gröbere anatomische Veränderungen des Organs ver-mißt wurden. Das Fehlen von Sehstörungen in der Anamnese spricht nicht gegen das Vorhandensein selbst schwerer entzündlicher Verände-rungen des Sehnerven, die gar nicht selten subjektiv ganz symptomlos verlaufen können. Allein die Augenspiegel- event. auch die Pupillen-untersuchung ist entscheidend und sollte darum in jedem Falle vorgenom-men werden.

Oloff-Kiel (als Gast): Einseitige Stauungspapille bei Hirn tumor.

Nach kurzen Vorbemerkungen über die Bedeutung der Stauung papille überhaupt für die Diagnose des Hirntumors — rund drei Viert aller Stauungspapillen sind durch Hirntumor bedingt —, bespricht Vort zunächst die in der Fachliteratur bisher veröffentlichten Erfahrunge über das Vorkommen der einseitigen Stauungspapille beim Hirntum und über ihre diagnostische Verwertbarkeit für die Seitenlokalisation de Tumors. Einseitige bzw. eins itig stärkere Stauungspapille beim Hirn tumor sind nach übereinstimmendem Urteil sehr selten. Im Gegensat zu den von ausländischen Autoren (*Horsley*, *Martin*, *Holmes*, *Williamso* u. a.) gesammelten günstigen Erfahrungen hat Vortr. an dem Tumo Material der Kieler Universitäts-Nervenklinik eine Reihe glatter Versage beobachtet. Nur in etwas mehr als der Hälfte aller Fälle von einseitige Stauungspapille lag die letztere auf der Tumorseite, in den übrigen Fälle auf der Gegenseite. Bemerkenswert ist nur, daß die mit der Stauungs papille gleichseitigen Hirntumoren ihren Sitz in der Regel in den vordere Gehirnpartien hatten. Das Ergebnis stimmt gut mit den Erfahrunge von *Mohr* überein, der im Jahre 1912 das Tumor-Material der Breslaue Kliniken auf Vorkommen und Bedeutung der einseitigen Stauungspapill bei Hirntumor untersuchte. Das Vorhandensein einer einseitigen Stau ungspapille ist also nur mit großem Vorbehalt für die Seitendiagnos eines Hirntumors zu verwerten.

Matzdorff-Hamburg: Die *Jakobstal*sche Cholesterin-Kälte-Methode der Wa.-Reaktion und ihre Bedeutung für die Neu rologie.

Vortr. berichtet über die Erfahrungen, die vorwiegend an der Nerven abteilung (Prof. *Saenger*) mit der *Jakobstal*schen Cholesterin-Kälte-Method der Wa.-R. gemacht worden sind. Das Neue der Technik besteht darin daß das System Extrakt—Serum—Komplement nicht im Brutschrank sondern im Eisschrank aufeinander einwirkt. Für Liquoruntersuchun ist die Methode zu empfindlich. Ein Vergleich der vier dort üblichen Modifikationen ergibt an Hand von 826 Fällen sicherer Lues folgendes Bild:

Alkohol-Warm-Methode	Alkohol-Kalt-Methode	Cholesterin-Warm-Methode	*Jakobstal*sche Cholesterin-Kalt-Meth.
	86,7%	94,8%	
64,2%	+ 22,5%	+ 8,1%	+ 5,2%

Unter Abzug von 0,5% der Fälle, in denen die letzte Reaktion negativ ausfiel bei positivem Ausfall der vorletzten, ergibt sich eine reine Überlegenheit der *Jakobstal*schen Reaktion um 4,7%.

Für Tabes werden folgende Zahlen gegeben:

Wa.-R. positiv:

nur im Blut in 11%	im Blut und Liquor in 75%	im Blut überhaupt in 86%
„ „ Liquor „ 6%		„ Liquor „ „ 81%

Globulin-Reaktion Phase 1 fiel nur in 78%, Pandy in 80% und Pleozytose in 62% der Fälle positiv aus.

Runge-Kiel.

›. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 20. November 1920 in Bonn.

Vorsitzender: *Westphal*-Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Baumann*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *ickel*, *Buddeberg*, *Deiters*, *Dietrich*, *v. Ehrenwall*, *Förster*, *Geller*, *Gerhartz*, *ielen*, *Gudden*, *Havestadt*, *Hermann*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Huth*, *aul Jacoby*, *Kirschbaum*, *Kloth*, *König*, *Köster*, *Löb*, *Löwenstein*, *Mappes*, *larx*, *Mörchen*, *Peretti*, *Poppelreuter*, *Rülf*, *Schaumburg*, *Kurt Schneider*, *chwann*, *Sioli*, *Stallmann*, *Steinbrecher*, *Trapet*, *Umpfenbach*, *Voß-:hulte*, *Weinbrenner*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wilhelmy*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Bährens*-Bonn, Dr. *Krantz*-Köln, ›r. *Meyer*-Bonn, Dr. *Opitz*-Bonn, Dr. *Tögel*-Köln, Dr. *Vorbrodt*-Langenfeld.

Zum Eintritt in den Verein haben sich gemeldet: Dr. *Bährens*-Bonn, ervenarzt, Dr. *Gerhardy*-Eschweiler, Oberarzt Dr. *Partenheimer*-Köln, legierungsmedizinalrat, Kreisarzt *Opitz*-Bonn, Dr. *Segerath*-Duisburg, ›r. *Vorbrodt*, Anstaltsarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen.

Der Vorsitzende teilt mit, daß aus dem Verein ausgetreten sind: ›r. *Körber*-Rheydt, *Lurz*-Aschaffenburg, *Müller*-Waldbröl, *Friedrich* *chultze*-Bonn, *Weichelt*-Andernach, *Zacher*-Baden-Baden. Durch Akklamation wurden aufgenommen: Dr. *Kirschbaum*-Köln, Oberarzt der sychiatr. Klinik, Dr. *Hauser*-Grafenberg, Arzt der Prov.-Irrenanstalt.

Einstimmig angenommen wurden die vom Vorstand vorgeschlagenen Änderungen der Vereinssatzungen dahingehend: daß die Zahl der Vorstandsmitglieder auf 7 erhöht wird, daß der Vorstand alle 3 Jahre ıeugewählt wird, daß der Vorstand den jedesmaligen Vorsitzenden unter ich bestimmt, und daß von jetzt ab ein jährlicher Beitrag erhoben wird, lessen Höhe die Generalversammlung jedesmal festsetzt. Für 1921 sollen ; M. erhoben werden. Die Wahl der beiden weiteren Vorstandsmitglieder oll in der nächsten Frühjahrssitzung stattfinden.

Es folgen die Demonstrationen und Vorträge:

Westphal: Über einen Fall von Grippe-Enzephalitis, insbesondere über bei demselben beobachtete Pupillenphänomene [1]) (mit Krankenvorstellung).

Der vorgestellte 35jähr. Dentist G. J. erkrankte Januar 1920 an Grippe. Anfangs vorhandene psychische Störungen deliriöser Art gingen bald zurück. Bestehen blieben Zuckungen vorwiegend der l. Körperhälfte, die eine eigenartige Mischung von myoklonischem, choreatischem und athetotischem Charakter zeigen. Zurzeit ist die Bewegungsstörung noch deutlich im l. Arm, Schultermuskulatur und Bein. Im l. Fazialisgebiet seltene Zuckungen. Auf der r. Seite erheblich leichtere Bewegungsstörungen. Bei kräftigen aktiven Bewegungen, wie z. B. Beugungen und Streckungen im Ellbogengelenk rechts, lassen die Zuckungen links an

[1]) Über diese Pupillenphänomene wird demnächst auf Grund weiterer Erfahrungen an anderer Stelle ausführlich von mir berichtet werden.



Intensität nach, um mitunter für einige Zeit ganz zu verschwinden. Kei
Pyramidenbahnsymptome. Sehr auffallend ist der Befund a
den Pupillen. Dieselben zeigen andauernd einen ganz regellosen Wechs
von prompter, aufgehobener oder erheblich herabgesetzter Lichtreaktio
die sich auch zahlenmäßig deutlich an dem Differential-Pupilloskop vo
Heß nachweisen läßt (Prof. *Stargardt*). Es handelt sich um ,,absolu
Starre". Vorübergehend ist mitunter Konvergenzreaktion bei noch aufg
hobener Lichtreaktion nachweisbar. Wiederholt gelingt es, prompte Lich
reaktion durch kräftigen Händedruck (*Redlich*) oder durch Druck auf d
Iliakalgegend (*E. Meyer*) in Lichtstarre umzuwandeln. Die lichtstarre
Pupillen zeigen häufig ausgesprochen ovale Verziehungen.

Es ist dies der dritte von mir[1]) beobachtete Fall von wechselnd
,,intermittierender" Pupillenstarre, bei dem ,,myoklonische" Zuckunge
zu den auffallendsten Erscheinungen der betreffenden Krankheitsbild
gehörten. — Der Vortragende geht auf die Erklärungsversuche des Pu
pillenphänomens des näheren ein und hebt hervor, daß durch seine neuere
Untersuchungen der Kreis der Krankheitszustände und sonstigen Be
dingungen, bei denen es beobachtet wird, wesentlich erweitert worden is

Diskussion: *Hübner*, *Baum*.

Löwenstein und *Hübner* (Bonn): Über die Aufgaben und di
Prinzipien einer pathologischen Strafrechtspsychologie.

1. *Löwenstein*-Bonn: Die allgemeinen pathopsychologischen un
strafrechtlichen Grundlagen.

L. entwickelt die allgemeinen Grundlagen einer pathologische
Strafrechtspsychologie, die über die Frage nach dem Vorliegen der Vo
aussetzungen des § 51 RStGB. hinausgeht, und die im wesentlichen ein
Pathopsychologie des Motivs ist. Sie versucht die Beziehungen des Mo
tivs, insbesondere des krankhaften Motivs zum Tatbestand festzustelle
— in erster Linie für diejenigen Delikte, die als Absichtsdelikte im gel
tenden Recht besonders bezeichnet sind, darüber hinaus aber auch fü
alle diejenigen Delikte, unter deren Tatbestandsmerkmalen überhaup
psychische Tatbestände eine Rolle spielen können. Das krankhaft
Motiv wird unter pathopsychologischen und klinischen Gesichtspunkte
bestimmt. In einer systematisch auszubauenden Rechtspathopsycho
logie habe die unter dem Gesichtspunkt der Motivverwertung vorzu
nehmende pathopsychologische Analyse des Tatbestandes als gleich
wertiges, vom Psychiater zu schreibendes Kapitel neben das andere Ka
pitel zu treten, das von der Zurechnungsfähigkeit handle. Praktische
Bedeutung habe solche Unterscheidung nur für solche Fälle, für die di
Voraussetzungen des § 51 des RStGB. nicht erfüllt sind.

2. *Hübner*-Bonn: Die Anwendung im geltenden Recht.

Es wird an der Hand von zum Teil schon abgeurteilten Fällen ge-
zeigt, daß es möglich ist, mit Hilfe der von dem Vortr. angeregten Be-
trachtungsweise in zweifelhaften Fällen, wo dem medizinischen Urteil

[1]) Vgl. meine Arbeit ,,Über Pupillenphänomene bei Katatonie, Hysterie
und myoklonischen Symptomenkomplexen". Mtschr. f. Psych. u. Neur.
Bd. 47, H. 4.



über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 51 RStGB. zum mindesten etwas Subjektives anhaftet, der Beurteilung eine festere Grundlage zu geben. Namentlich bei denjenigen Delikten, in denen die Begriffe Vorsatz und Absicht eine Rolle spielen, tritt das deutlich hervor. *H.* führt das bezüglich einzelner Diebstähle und Betrügereien aus. Es wird die Freiheitsberaubung besprochen, ferner die falsche Anschuldigung. Aus dem Militärstrafrecht: die Selbstverstümmelung, die Feigheitsdelikte, Aufforderung zum Ungehorsam, die Erregung von Mißvergnügen, die vorschriftswidrige Behandlung Untergebener, Fahnenflucht, Wachvergehen, Trunkenheit im Dienst. — In einer anderen Gruppe von Fällen wird die Überschreitung der Notwehr, namentlich im Zustande der Trunkenheit, besprochen, ferner die pathologische Anstiftung, drittens die Kindestötung in und unmittelbar nach der Geburt und ausführlicher auch die Tötung auf Verlangen. — Schließlich wird die Gruppe der Falscheidsdelikte erwähnt und auf einige Fragestellungen bezüglich des Fahrlässigkeitsproblems eingegangen. (Die beiden Vorträge erscheinen als Monographie.)

Diskussion: *Aschaffenburg*, *Mörchen*, *Hermann*.

Loeb-M.-Gladbach: Wenn auch die in den Referaten zum Ausdruck gebrachten Gedankengänge bisher nicht so zusammenfassend dargestellt waren, so sind gewiß jedem von uns schon Fälle vorgekommen, in denen er gezwungen war, ähnliche Überlegungen anzustellen. Ich erinnere mich z. B. folgenden Falles aus der militärischen Gutachtertätigkeit, der besonders dadurch das heutige Thema zu beleuchten imstande ist, daß bei Anerkennung des pathopsychologischen Vorstellungsablaufs des Patienten der Tatbestand des § 263 StGB. nicht, wohl aber der des § 267 StGB. gegeben war. Ein Unteroffizier beförderte sich durch Fälschungen im Soldbuch, durch eine Telegrammfälschung zum Vizefeldwebel und dann zum Leutnant d. R. Nach längerer Beobachtung und umfangreichen anamnestischen Erhebungen kam ich bei der Begutachtung zu dem Schluß, daß es sich zwar um einen seelisch abnormen Menschen handelt, daß aber § 51 StGB. nicht anwendbar ist. Hierbei war es leicht, nach dem ganzen Verhalten des Patienten nachzuweisen, daß er sich nicht in der Absicht befördert hat, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, sondern daß ihn lediglich zügelloser Ehrgeiz leitete. Der subjektive Tatbestand des § 263 StGB. ist also hier nicht erfüllt [1]). — Der Tatbestand des § 267 StGB. war aber erfüllt; denn bei der Urkundenfälschung besteht eine derartig einschränkende Absicht wie im § 263 nicht. Hier genügt lediglich die rechtswidrige Absicht. — Herrn *Aschaffenburg* muß ich bezügl. der praktischen Rechtspflege zustimmen,

[1]) Der Kommentar zum RStGB. von *Ebermeyer*, *Eichelbaum*, *Lohe*, *Rosenberg* sagt hierzu auch: „Die bloße Beschädigung fremden Vermögens (wie es ja höhere Löhnung, bessere Verpflegung gewesen wäre) durch das Mittel der Täuschung bleibt straflos, wenn sie nicht auf gewinnsüchtiger Absicht beruht.“ Ich glaube auch nicht einmal, daß hier ein dolus eventualis vorliegt. Der Angeklagte mag vielleicht überlegt haben, auf diese Weise bekomme er auch höheren Sold, aber die Überlegung genügt nicht, er müßte den Erfolg „gewollt“ haben.



daß wir derartige Feinheiten bei den Psychopathen erst vor das Forum beim Gerichtsverfahren bringen sollten, wenn wir auch praktische Wege wissen, wie derartige Unsoziale auf andere Weise unschädlich gemacht werden können. Nichtsdestoweniger soll die wissenschaftliche Forschung auch solches Neuland aufsuchen, die praktische Regelung der hierbei auftretenden Schwierigkeiten müssen wir dann mit den Juristen gemeinsam anstreben.

König-Bonn: Die Hysterie-Auffassung von *Neutra* und ihre praktische Verwertung..

In seinem Buche „Seelenmechanik und Hysterie" entwickelt *Neutra* eine aussichtsreich erscheinende Hypothese über das Wesen und die Entstehung der Hysterie, aussichtsreich besonders deshalb, weil sie in sich bereits die Elemente einer kausalen Behandlungsmöglichkeit enthält. Der Lusttrieb als individualisierter Weltwille und die Moral, hervorgegangen aus den Gegensätzen zwischen dem kosmischen Weltwillen und dem Individualtrieb, sowie die Einwirkung der äußeren Situation stellen die Triebfedern jeder psychischen Emanation dar, so daß jedes Individuum entweder triebhaft oder seiner Moral entsprechend handelt. Bei einem Kräftegleichgewicht dieser treibenden Faktoren kommt es zu einer falschen Reaktion, dem hysterischen Symptom, das entweder dem Lusttrieb oder der Moral in der betreffenden Situation zum Siege verhilft. Dementsprechend muß die Therapie darauf ausgehen, dieses Gleichgewicht durch Beeinflussung eines oder mehrerer der drei Faktoren aufzuheben, nachdem der Konflikt, der sich im Unterbewußtsein vollzieht, eruiert ist, und als Ersatz für das Krankhafte in die Psychomechanik etwas Neues einzubauen, so daß eine tadellos funktionierende lustenergetische Auffassung und Reaktion zustande kommt (Psychosynthese). In einem nach diesen Prinzipien analysierten und synthetisch behandelten Fall einer schweren Hysterie, als deren Wurzel ein unterbewußter Sexualkonflikt gefunden wurde, der zum Trieb — Moral — Gleichgewicht geführt hat, war das Ergebnis ein ganz ausgezeichnetes. Die Bedeutung dieser Behandlungsmethode, die in letzter Linie auf Umänderung einer alten oder Neubildung einer Weltanschauung hinausläuft, liegt darin, daß sie den Betreffenden nicht nur von seinem jetzigen Krankheitszustand befreit, sondern auch gewissermaßen immun für alle Zukunft macht, so daß man in ihr vielleicht für viele Fälle — sicher nicht für alle — die Therapia sterilisans magna erblicken darf.

Kirschbaum-Köln: Über seltene Fälle von Parasexualität.

Schilderung zweier Fälle von abnormer Triebrichtung im Anschluß an ein Jugenderlebnis. Erläuterung der Bedeutung des Jugenderlebnisses für die Perversionen. Besprechung der geschilderten Perversionen. Im ersten Fall handelt es sich um einen Transvestiten, im zweiten um eine besondere Form des Masochismus. — Erscheint ausführlich anderswo.

Poppelreuter-Köln: Über geringfügige, restliche und latente Herdsymptome.

Der Vortrag will einen Beitrag liefern zur Erweiterung der sympto-



ıatologischen Diagnostik der Herdsymptome bei den Fällen, in welchen reder röntgenologische noch äußere Schädelbefunde auf eine Hirnschädigung hindeuten, und gröbere lokalisatorische Symptome fehlen. Hierür sind diejenigen Hirnverletzten, welche eine anatomisch, bzw. chirurisch sichergestellte Hirnverletzung aufweisen, dabei aber ebenfalls gröbere ɔkalisatorische Symptome vermissen lassen, das experimentelle Aaterial, zumal dann, wenn nur diejenigen Symptome verwertet werden, velche an einer großen Zahl von Fällen gesetzmäßig zu beobachten varen. Entsprechend der Regel, daß die Herdsymptome um so mehr rariieren, je leichter sie sind, ist die Zahl der geringfügigen Herdsymptome chon bei einer einzigen Lokalisationseinheit, z. B. der Motilität des Armes, ine recht große. Als solche seien hier herausgegriffen einige Typen, welche lie sichere Schädigung des Arm-Hand-Zentrums aufgewiesen haben. Es ìndet sich bei im übrigen vollständig normaler Motilität, mit oder zumeist ›hne Reflexdifferenzen, als geringes Herdsymptom a) nur eine relative geringe Umfangsverminderung der Muskulatur, b) nur eine geringe relative Herabsetzung der motorischen Kraft bei genaueren dynamometrischergographischen Untersuchungen um nur wenige Kilogramm, die sogar unbewußt sein kann, c) nur eine allgemeine oder partielle, z. B. ulnare Verlangsamung der Bewegungen ohne wesentliche Geschicklichkeitseinbuße, d) nur ein relatives Versagen bei höheren Ansprüchen an die Diadochokinese, e) nur eine Verschlechterung der Exaktheitsbewegungen bei höheren Ansprüchen, z. B. beim Schreibmaschinenschreiben oder Geigespielen, f) eine Veränderung höherer Synergien, z. B. Fehlen der kompensierenden Armpendelbewegungen beim Gehen oder der Dorsalflexion beim Faustschluß, g) ein Nichtgebrauchen des Armes, bzw. der Hand zum Gestikulieren beim Sprechen (nicht im Affekt), h) nur eine Prädilektionshaltung ohne jede Lähmung, i) ein abweichendes Organgefühl in einem Arm im Sinne der Behinderung, wobei sogar über das Normale gehende Höchstleistungen, „wenn auch nicht so gut wie früher", möglich sind. — Wegen Raummangels muß auf die nähere Aufzählung der analogen Symptome bei den übrigen Lokalisationseinheiten verzichtet werden. Ganz besonders mannigfaltig sind sie bei den Okzipitalverletzungen, wo z. B. nur ganz geringe relative Amblyopien oder Erkennungsschwächen entweder nur in den rechten oder den linken Feldhälften bei den genaueren experimentellen Verfahren der Tachistoskopie gefunden werden können. — Im Einzelfalle oft schwer zu diagnostizieren, aber in ihrem Vorkommen an sich absolut zu sichern sind restliche aphasische Symptome, z. B. ein geringes Verschreiben nur bei Ablenkung oder Müdigkeit, Verminderung der an sich noch sehr reichhaltigen Sprachproduktion usw. — Wichtig ist der Nachweis latenter Herdsymptome, z. B. ein nur von Zeit zu Zeit (epileptisch?) auftretendes Spannungsgefühl in einem früher gelähmt gewesenen Bein, usw. — Zur Auffindung und Beurteilung all dieser geringfügigen Herdsymptome gehören ausführliche Studien über die individuelle Breite der verschiedenen Leistungsfähigkeiten, da erstere sich zumeist innerhalb derselben bewegen. Z. B. kann ein kräftiger hirnverletzter Rechtser mit den dynamometrischen Werten rechts gleich 52 kg, links gleich 58 kg, rechts eine restliche Parese haben, damit aber noch viel kraftiger sein, als ein Normaler mit den Werten rechts gleich 40,



links gleich 34 kg. Ebenso kann ein ausgebildeter Musiker mit amusischem Defekt immer noch besser Klavier spielen als ein Dilettant. Besonders bei den höheren gnostischen, mnestischen und charakterologischen Faktoren lassen sich häufig die Herdsymptome nicht von angeboren geringer Leistungsfähigkeit und der „Allgemeinschädigung" differenzieren. Wohl aber liegt dies bei Einzelfällen so häufig, daß man zu dem sicheren Ergebnis kommt: Herdsymptome und Allgemeinschädigung gehen ineinander über; die von sehr vielen Autoren so sehr betonte Kluft zwischen den beiden besteht, jedenfalls symptomatologisch, nicht zu Recht. — Zusammenfassend muß gesagt werden, daß das Kriegshirnverletztenmaterial die zerebrale Symptomatologie erheblich vermehrt hat, daß ferner zur Diagnose: „keine Erscheinungen von seiten des Gehirns" eine viel ausgiebigere, großenteils psychologische Untersuchung nötig ist, als bisher angenommen wurde.

Kurt Schneider-Köln: Der Einfluß des Krieges auf die Zusammensetzung des Krankenmaterials der psychiatrischen Klinik Köln.

Es handelt sich um einen Bericht über die Ergebnisse eines von *Tögel* angestellten Vergleichs der Aufnahmen des letzten und ersten Friedensjahres. Vergleichbar sind nur die großen Krankheitsgruppen, denn bei den seltenen Erkrankungen spielen zu viele Zufälligkeiten mit. Die Aufnahmezahl des Jahres 1913 war 1419, die des Jahres 1919 war 1647. Diese Zunahme entspricht an sich der gleichmäßigen Steigerung der Vorkriegsjahre, kommt aber ausschließlich durch die erhebliche Zunahme der Frauenaufnahmen zustande, die Männeraufnahmen haben sogar absolut etwas abgenommen. Was den prozentualen Anteil der einzelnen Erkrankungen an den Aufnahmen anlangt, so haben sich Schwachsinn, progressive Paralyse und manisch-depressives Irresein nicht geändert. Zugenommen haben vor allem die hysterischen Störungen: bei den Männern sind sie von 2,1% auf 16,4%, bei den Frauen von 4,9% auf 14,1% gestiegen. Auch die übrigen Psychopathien haben stark zugenommen, bei den Männern sind sie von 4,3% auf 9,4%, bei den Frauen von 6,9% auf 13,1% in die Höhe gegangen. Die Gründe für diese Vermehrung liegen wohl weniger in den Erlebnissen des Krieges als in den gegenwärtigen Lebensverhältnissen, die für den Psychopathen besonders viel Gelegenheit zu Konflikten und Reaktionen geben. Auch die vermehrte Kriminalität, die Besatzungs- und Wohnungsverhältnisse spielen eine Rolle. Abgenommen hat naturgemäß der chronische Alkoholismus, er ist von 14% auf 1,8% heruntergegangen. Im Jahre 1920 ist übrigens wieder eine regelmäßige und zwar ganz erhebliche Zunahme zu verzeichnen: im letzten Vierteljahr waren unter den männlichen Aufnahmen wieder 15,2% Alkoholiker. Heruntergegangen sind ferner die Schizophrenien, und zwar von 20,8% auf 17,7%, ebenso die Epilepsien, und zwar von 13,1% auf 10,2%, auch die Zahl der senilen und arteriosklerotischen Psychosen ist von 10,3% auf 9,6% gefallen. Bei den letzteren ist die eigentümliche Tatsache zu beobachten, daß die Männer zu-, die Frauen erheblich abgenommen haben. Die Gründe für die bei den Schizophrenen und Epileptikern gefundene Abnahme sind wohl sozialer Natur. Die-



jenigen Schizophrenen und Epileptiker Kölns, die früher meist in der Familie lebten und nur für kurze Zeit jährlich in die Klinik gebracht werden mußten, dürften größtenteils wegen Ernährungs- und Wohnungsschwierigkeiten in die Anstalten abgegeben worden sein.

Diskussion: *Peretti.*

Herting-Galkhausen: Zur Geschichte der Rheinischen Psychiatrie.

Vortr. bringt interessante Nachrichten über die Gründung der ersten rheinischen Heilanstalt Siegburg. Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden. *Umpfenbach.*

---

22. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 2. April 1921 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr.

Anwesend: *Baumm. Bongers*-Königsberg, *Dubbers*, *George*-Allenberg, *Havemann*-Rastenburg, *Hanke*, *Herrmann*, *Hoffmann*, *Jakob*-Königsberg, *Jonas*-Allenberg, *Kastan*, *Klieneberger*-Königsberg, *Knab*, *Krakow*-Tapiau, *Krebs*-Allenberg, *Krüger*-Tapiau, *Kutzinski*, *E. Meyer*, *G. Meyer*, *Moser*-Königsberg, *Pietsch*-Tapiau, *Rothmann*-Elbing, *Rudlowski*, *I. Schroeder*-Königsberg, *Schroeder*-Kortau, *Steinert*-Königsberg, *Titius*-Allenberg, *Wallenberg*-Danzig, *Wolfskehl*-Allenstein.

E. Meyer begrüßt die Versammlung, erinnert an die Losreißung von Posen, Westpreußen und Danzig, deren Ärzte den Verein mit bildeten, und gedenkt der Toten der letzten Jahre, insbesondere der Kollegen *Stoltenhoff*, *Hallervorden*, *Hoppe*, *Pelz*, *Rabbas* und *Müller*. Die Vorschläge für die vorläufige Geschäftsordnung: Jeder Deutsche Arzt kann Mitglied des Vereins werden, die von der jedesmaligen Versammlung gewählten Geschäftsführer führen die Geschäfte bis zur nächsten Versammlung, die sie vorbereiten und einberufen, werden angenommen. Referate sollen bis zu 30 Minuten, Vorträge bis zu 20 Minuten, Demonstrationen bis zu 10 und Diskussionsbemerkungen bis zu 5 Minuten dauern. Der Beitrag wird auf 3 Mark jährlich festgesetzt.

Auf Vorschlag von *Dubbers*-Allenberg wird *E. Meyer* zum Vorsitzenden für diese Versammlung, Königsberg zum Ort für die nächste und *E. Meyer* und *Klieneberger* als Geschäftsführer für dieselbe gewählt.

E. Meyer weist darauf hin, daß die 1913 eröffnete psychiatrische und Nervenklinik in den Kriegsjahren bis zu 2018 (1915) Aufnahmen hatte, 1918 noch 1481; dann fiel die Aufnahmezahl 1919 auf 1094, um 1920 wieder auf 1239 anzusteigen.

Wallenberg-Danzig zeigt *Weigert*-Präparate aus dem Halsmark, der Oblongata und Brücke von einem 71jährigen Schuhmacher mit Verschluß der rechten Art. cerebelli inferior posterior.

Erkrankung in der Nacht vom 6. zum 7. Juni 1918 mit Schlucklähmung, Schwäche des rechten Mundwinkels beim Sprechen, Schwindel; dann Taubheit in den Beinen, Schwäche, Unfähigkeit zu gehen.

Status am 10. Juni 1918: Arteriosklerose, 180 mm Blutdruck, sonst außer leichter Albuminurie (viele rote und weiße Blutkörperchen im Sediment) keine wesentlichen Störungen außerhalb des Nervensystems.

Nervenstatus:

Rechts:	Links:
1. *Horner*sche Trias (Miosis, Ptosis, Enophthalmus).	1. Anästhesie bzw. Hypästhesie für Schmerz und Temperatur im l. Trigeminusast und vom Unterkieferwinkel abwärts bis zu den Füßen, bei erhaltener Berührungsempfindung.
2. Erlöschen des Cornealreflexes.	
3. Starke Hypästhesie für Schmerz und Temperatur, weniger für Berührung im 1. und 2. Trigeminusast.	
4. Parese des Mundfacialis.	
5. Parese des Gaumensegels.	
6. Aufhebung d. Gaumen-Rachenreflexes.	
7. Lähmung des Stimmbandes.	
8. Totale Schlucklähmung (Sondenfütterung notwendig).	
9. Hyperästhesie des Rumpfes und der Extremitäten.	
10. Ataxie der Extremitäten.	
11. Hypotonie des Beines.	
Tastkreise.	
12. Im Gebiete des 1. und 2. Trigeminusastes vergrößert.	2. Vom Unterkieferwinkel abwärts sehr vergrößert.

Drucksinn und Pallästhesie (Vibrationsempfindung) geben keine eindeutigen Resultate, jedenfalls keine gröberen Differenzen (Untersuchung schwierig wegen leichter Ermüdbarkeit und Neigung zu ungenauen Angaben). Das gleiche gilt für die Prüfung der elektro-kutanen Sensibilität. Drucksinn und Kraftsinn zeigen gleichfalls keine eindeutigen Resultate. — Später beschränkte sich die Hypästhesie für Schmerz- und Temperatursinn auf die beiden ersten Äste des rechten Trigeminus und Rumpf + Oberextremität links, im rechten Bein nur noch inselartige Reste. Die Tastkreise in den betreffenden Gebieten bei erhaltener Berührungsempfindung immer noch größer als in den entsprechenden der Gegenseite (September 1918), Ataxie, *Horner*scher Komplex, Facialisparese bessern sich, sind aber im September noch deutlich nachweisbar. Stimmbandlähmung noch vorhanden, Gaumensegellähmung und vor allem Schlucklähmung sehr gebessert. — Tod Dezember 1919.

Der Herd mußte nach diesen Symptomen in die rechte Hälfte der mittleren und oberen Oblongata verlegt werden, und es war zu erwarten, daß die ventralen 2 Drittel des Querschnitthalbmondes der spinalen Trigeminuswurzel mit ihrem Kern, der Nucleus ambiguus bis zum frontalen

Pole (Schlucklähmung!), die spino-thalamische Bahn sowie die dorsale sekundäre Trigeminusbahn (Hypästhesien und Anästhesien für Schmerz und Temperatur), die ventralsten Teile des Corpus restiforme, die Fibrae arcuatae internae aus den Hinterstrangskernresten innerhalb des Herdes lagen, desgleichen die medial vom dorsalen Pole der spinalen Quintuswurzel gelegenen Bahnen für die glatte Muskulatur des Auges.

Die Sektion ergab auch einen Herd von der angenommenen Lage und Größe. Sie brachte aber auch Klarheit über 2 Fragen, die während des Lebens nicht gelöst werden konnten: 1. Die Facialisparese auf der Herdseite, die sich lediglich auf den Mundwinkel beschränkte, konnte entweder durch eine Beseitigung des kaudalsten Poles des Facialiskerns oder durch Beteiligung des Nucleus ambiguus an der Facialisinnervation oder endlich durch Verminderung des Tonus der Gesichtsmuskulatur infolge Verletzung der sympathischen Bahnen vom Zwischenhirn her (*Karplus*, *Kreidl*) bedingt sein. Die Sektion zeigte, daß der Facialiskern ganz intakt war. *W.* neigt der Ansicht zu, daß die Parese auf Verringerung des Tonus beruht. 2. Die Vergrößerung der Tastkreise bei erhaltener Berührung lediglich im Gebiete der für Schmerz und Temperatur hypästhetischen Stellen, während die Herdseite vom 2. Quintusaste abwärts normale Werte zeigte, trotzdem die Fibrae arcuatae aus den rechten Hinterstrangskernresten zerstört waren (strikter Beweis durch die degenerative Verkleinerung der linken Olivenzwischenschicht und weiter oben der medialen Schleife). Es ist daher anzunehmen, daß die Tastkreise nicht wie die Berührungsempfindung mehr mit den Hinterstrangsbahnen als mit den spino-thalamischen Bahnen zusammenhängen, sondern im wesentlichen mit den spino-thalamischen Bahnen, daß ferner der frontalste Pol der Hinterstrangskerne keine Fibrae arcuatae mehr entsendet, die mit der Berührungsempfindung etwas zu tun haben.

Anatomisch interessant waren ausgedehnte Verbindungen des Kerns der spinalen Quintuswurzel mit dem *Monakow*schen lateralen Hinterstrangskern kaudal von der Eröffnung des Zentralkanals, ferner bereits von *Monakow* beschriebene und gezeichnete Verbindungsfasern zwischen dem Nucleus intercalatus und dem kaudalen Pol des Nucleus triangularis acustici — ein Beweis für die Zusammengehörigkeit beider Kerne. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt später.)

G. Meyer-Königsberg: Paranoische Formen des manisch-depressiven Irreseins.

M. bespricht 3 Fälle von paranoischen Psychosen, bei denen paranoische Komplexe das Krankheitsbild beherrschten und die Wahnbildungen im Gegensatz zur Paranoia *Kraepelin*s vorwiegend heteronomen (*Kleist*) Charakter zeigten. Die Unterscheidung gegenüber schizophrenen Psychosen ergab sich aus dem zugrundeliegenden Affekt und aus dem Ausgang. Diagnose und Prognose derartiger Zustandsbilder können in der Regel als gesichert gelten, wenn der Nachweis wesentlicher manisch-depressiver Züge gelingt. (Der Vortrag soll im Archiv für Psychiatrie erscheinen.

Diskussion. — *Baumm*-Königsberg erwähnt 2 Fälle, die er vor Jahren zu beobachten und begutachten hatte, und die sich von den

Kranken des Herrn Vortr. dadurch unterscheiden, daß der Krankheitsverlauf mit periodischen Schwankungen bei ihnen nicht so zutage trat; sie zeigten vielmehr ständig das ganze Leben über die Zeichen manisch-depressiver Veranlagung, ohne daß es zu einzelnen ausgesprochen manischen Anfällen gekommen ist. Es handelt sich zunächst um einen wegen Eigentumsdelikten, wie Betrug, Unterschlagung, Diebstahl, Urkundenfälschung, vielfach vorbestraften Mann, der von seinem 24. Lebensjahre ab mit kurzen Unterbrechungen in Strafanstalten, überwiegend im Zuchthaus, interniert gewesen ist, bis er schließlich in seinem 46. Jahre in die Hände des Psychiaters gelangte. Bei diesem Kranken hatte sich in den ersten Jahren des 4. Lebensjahrzehnts, als er bereits eine Reihe von Zuchthausjahren hinter sich hatte, in der Strafanstalt ein paranoischer Erfinderwahn entwickelt. Die Erfindungen betrafen verschiedene landwirtschaftliche Maschinen, Flugmaschinen, „Sonnenmikroskop", eine Art Perpetuum mobile u. a. Sie waren sorgfältig auf großen Tafeln aufgezeichnet und bis ins einzelne durchgearbeitet. Um sich der Ausarbeitung seiner Pläne widmen zu können, zog er die Einzelhaft der Gemeinschaftshaft vor, wobei er nicht davor zurückscheute, sich so lange strafbar zu machen, bis er auf dem Disziplinarwege in Einzelhaft kam. Tatsächlich ist der Kranke auch in der Strafanstalt unzählige Male diszipliniert worden, und zwar sowohl wegen Verstößen gegen die Disziplin als auch offenbar wegen Reaten, die mit seinem Wahn in Zusammenhang standen, z. B. verbotenen Führens von Zeichenstiften, einmal weil er erklärt hatte, in seiner Zelle seien „Myriaden von Tuberkelbazillen", die er durch sein „Sonnenmikroskop" „so groß wie ein Heugabelstil" gesehen hatte, und dergleichen. So hat er in der Tat den größten Teil seiner Strafzeit im Zellenarrest zugebracht. Hier entwarf er seine Skizzen zunächst an die Zellenwand, wo er sie dann vor jeder Kontrolle durch den Aufseher abputzen mußte, sie dann wieder von neuem beginnend, bis er schließlich die Aushändigung von Papier und Bleistift erreichte. Die Veranlassung zu seiner neuerlichen Inhaftierung bildete eine neue Erfindung, die „zehnfach leuchtende Gaslampe", die der Kranke in verschiedenen Städten bei Geschäftsleuten angebracht und bezahlt erhalten hatte. Natürlich handelte es sich um eine naive Scheinerfindung ohne jeden praktischen Wert. Die zahlreichen Zeichnungen erregten indessen den Verdacht einer Geistesstörung, so daß durch das Gericht psychiatrische Beobachtung angeordnet wurde. Seinen Erfindungen stand der Kranke mit der naiven Unbelehrbarkeit und dem kindlichen Optimismus des Paranoikers gegenüber; er verglich sich mit dem Grafen Zeppelin, der auch so lange verkannt worden sei, und war überzeugt, daß seine Zeit noch kommen werde. Bei diesem Kranken bestand nun eine sehr ausgesprochene manische Veranlagung: labile, vorwiegend heitere Stimmung, Reizbarkeit, Ideenflucht bei mündlichen und schriftlichen Erzeugnissen, Betätigungs- und Schreibdrang, zahlreiche Unterstreichungen und Ausrufungszeichen in seinen Eingaben, Neigung zu Reimereien, witziger, oft beißender Humor in Schrift und Rede. In der Strafanstalt hatte er einmal einen Versuch, sich zu erhängen, gemacht. Es handelte sich also um einen Kranken aus der Gruppe, die *Kraepelin* unter der Bezeichnung „chronische Erregung" oder „manische Veranlagung" dem m.-d. I. einordnet. — Bei einem anderen Kranken, den B. auf seine Geschäftsfähig-



eit zu begutachten hatte, trat die manische Veranlagung noch viel krasser utage und hatte bereits in jüngeren Jahren zu vorübergehender nerven-.nd irrenärztlicher Behandlung und Internierung geführt. Es handelte ich um einen 68jährigen Volksschullehrer mit einem ausgesprochenen Querulantenwahnsystem, also einen hypomanischen Pseudoquerulanten, lessen Aktenmaterial sich zu einem kleinen Archiv ausgewachsen hatte. Von „echtem" Querulantenwahn und „echter" Paranoia kann man in olchen Fällen nicht sprechen es sei denn, daß man diese Krankheiten ıls Teilerscheinungen des m.-d. I. auffaßt, was *B.* mit dem Vortr. ablehnt. Für das Verständnis der Entwicklung paranoischer Wahnbilder sind solche Beobachtungen gewiß von großem Wert, insofern als sie die Vermutung nahelegen, daß hierfür nicht allein die Persönlichkeit des Kranken, sondern auch sein Lebensschicksal maßgebend ist.

Steinert-Königsberg: Wenn das Krankheitsbild paranoischer Zustände, die in eigenartiger und wechselnder Form sowohl bei funktionellen als organischen Erkrankungen öfters in Erscheinung treten, eine klinische Begrenzung erfahren soll, so wäre die Anregung des Herrn Vortr., die klinische Diagnose mit Rücksicht auf die Prognose zu stellen, nur zu unterstützen. Ich will die an sich heikle Paranoiafrage dabei nicht berühren, nur sagen, daß die manisch-depressive Erkrankungsform sich in ihrer gegenwärtigen Breite wohl nicht auf die Dauer klinisch begrenzt wird aufrecht erhalten lassen. Die Konstitutionskomponente dürfte in anderer Form ihren Ausdruck finden.

Dubbers-Allenberg stimmt dem Vortr. bei, wenn er die vorgetragenen Fälle zum manisch-depressiven Irresein rechnet. Es kommen aber Fälle vor, die anfallsweise auftreten unter dem Bilde der reinen Paranoia, um dann wieder in Genesung überzugehen, denen jeder manische oder depressive Einschlag fehlt. Auch paranoisch auftretender Eifersuchtswahn kommt vor, bei dem weder manische noch depressive Züge nachweisbar sind, wobei zu bemerken ist, daß Alkoholismus ausgeschlossen ist. Solche Fälle dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen, erscheint nicht angängig.

Wallenberg-Danzig berichtet über einen para-thalamischen Symptomenkomplex, den er in 3 Fällen beobachten konnte, und bei dem, neben hemianopischen oder muskelsensorischen (ataktischen) Störungen nebst mimischer Gesichtsmuskelparese, bei erhaltener Willkürbewegung eine halbseitige Aufmerksamkeitsstörung (Hemiaprosexie) die Hauptrolle spielte. *W.* ist geneigt, diese letztere auf eine Läsion der kortiko-thalamischen, also zentrifugalen Fasern zurückzuführen, durch die vielleicht eine Sensibilisierung der sensiblen und sensorischen Thalamuszentren bei der Aufmerksamkeit zustande kommt. *W.* will diese Ansicht lediglich als Arbeitshypothese aufgefaßt wissen und den Hauptanteil an dem Vorgang der Aufmerksamkeit nach wie vor der Großhirnrinde zuschreiben.

Jakob-Königsberg demonstriert 2 Fälle von Pseudotumor cerebri. Die erste Pat., seit 3 Jahren in der Klinik beobachtet, vom Typus des Kleinhirnbrückenwinkeltumors, hat sich unter Zurückbleiben einer beiderseitigen Amaurose nach Rückgang der anderen schweren allgemeinen Hirndrucksymptome weitgehend gebessert. Die 2., seit 5 Jahren in der



Klinik, vom Typus einer Läsion der motorischen Zone, wurde auf Indika-
tion des Augenarztes operiert (Trepanation über der linken Zentralwindung)
kehrte mit einem Hirnprolaps, einer vollkommenen rechtsseitigen Hemi-
plegie, motorischen und sensorischen Aphasie in die Klinik zurück. Im
Laufe der Jahre konnte eine langsame Rückbildung sowohl der Lähmungs-
erscheinungen als auch der Aphasie beobachtet werden. — Es wird die
Differentialdiagnose von Pseudotumoren gegenüber wirklichen Tumoren
nach der von *Nonne* gegebenen Definition des Krankheitsbildes erörtert.
Im Anschluß daran wird ein dritter Kranker mit einfachem Hydrocephalus
gezeigt.

E. Meyer stellt eine Kranke mit Encephalitis lethargica vor, die in
Haltung, Bewegung und Gesichtsausdruck durchaus das Bild einer Para-
lysis agitans bietet. Zittern bestand nur in geringem Grade. Die Erkran-
kung hat im Sommer 1920 mit hohem Fieber, starken Kopfschmerzen be-
gonnen. Zuerst bestand gar kein Schlaf, dann ausgesprochene Schlafsucht.
Seit September 20 wesentliche Besserung, Pat. arbeitete bis Anfang De-
zember 20 angeblich wie früher, fühlte sich gesund. Anfang Dezember
fiel Starrheit des Gesichts auf, sie sprach schlecht, konnte nicht mehr recht
essen, das Essen blieb ihr im Munde stecken. Starker Speichelfluß. 1. 3. 21
Aufnahme in die Klinik. Geordnet und orientiert, nur in allem sehr ver-
langsamt; spricht selbst kaum, klagt auf Befragen, der Kopf sei nicht
ganz klar, das Denken langsam und schwer. Das Gesicht sei steif, sie könne
schlecht sprechen und schlucke besser Flüssigkeit, sie sei ganz wie erstarrt.
Macht müden Eindruck, spricht kloßig, starre Haltung mit vornübergebeug-
tem Körper, Bewegungsarmut, maskenartiger Gesichtsausdruck, Speichel-
fluß. Links Ptosis, sonst Augen ohne Störung, Schwäche im motorischen
Trigeminus, der untere Facialis schwächer, im Facialis keine elektrische
Störung, ebensowenig sonst irgendwo. Leichte Spasmen in den Armen,
stärkere in den Beinen. Beiderseits Fußklonus, sonst Reflexe lebhaft,
kein Babinski; Liquor und Blut ohne pathologischen Befund.

Eine weitgehende Remission zeigte auch ein Kranker mit Enzephalitis
lethargica in lethargischer Form, der nach einigen Wochen wieder mit
Schlafsucht und Doppelsehen erkrankte und zurzeit auf dem Wege der
Besserung sich befindet.

E. Meyer: Zur Anatomie der Encephalitis lethargica
und des Fleckfiebers (mit Demonstrationen).

I. Encephalitis lethargica. 1. Fall: Nach anfänglicher Schlafsucht
rindenepileptische Krämpfe, erst links, dann auch rechts, mit anschließen-
der Parese, schließlich totale Paraplegie unter Fortbestehen der Zuckungen.
Meningitische Reizung angedeutet. (Näheres siehe A. f. Psych. Bd. 62,
Heft 3, Fall 4.) Makroskopisch fand sich ein ca. bohnengroßer, zentral
weicherer Herd in der Hirnrinde im Okzipitalhirn. Mikroskopisch Ver-
dickung der Pia durch Bindegewebswucherung und Plasmazellen-Infiltra-
tionen, in der Hirnrinde herdweise Infiltrationen, bestehend aus Plasma-
zellen und Lymphozyten mit besonders starker perivaskulärer Infiltration
der Gefäße. Unregelmäßige Gliawucherung, vielfache Abbauprodukte in
den Herden. In der Umgebung noch Gefäßinfiltrationen, Ganglienzellenver-

nderungen verschiedenen Grades. Blutungen nur vereinzelt. Im Rückenark Degenerationen der Pyramidenbahn. 2. Fall: Typischer lethargischer all mit stark hervortretenden psychotischen Erscheinungen (vgl. Fall 1 l. c.) efund in der Hirnrinde ähnlich wie im Fall 1, ebensolche Bilder im Thalaıus opticus und im Okulomotoriusgebiet.

II. Fleckfieber[1]): 1. Verdickung der Pia durch Bindegewebsermehrung und Lymphozyteninfiltrate. In der Vierhügelgegend, speziell ı der Haube, ferner besonders im verlängerten Mark vielfach Herde, die berwiegend aus Gliazellen zu bestehen scheinen, wenig Leukozyten und ymphozyten und sehr selten Plasmazellen enthalten. Anschluß an Gefäße ıur in einem Teil der Herde nachzuweisen, zum Teil finden sich zentrale Nekrosen in ihnen. An den kleinen Gefäßen erscheinen die Endothelerne wie geschwollen; an, aber noch mehr in den Gefäßen liegen viele Abbauprodukte, vielfach finden sich auch Plasmazellen in den Gefäßen. Im Anschluß an die meningitischen Veränderungen perivaskuläre Infiltrate von Plasmazellen und Lymphozyten. In der Hirnrinde vereinzelt Herde derselben Art wie im verlängerten Mark.

2. Ähnliche Herde in Brücke und Medulla oblongata, vereinzelt in der Rinde.

Meyer weist darauf hin, daß die Befunde bei der Encephalitis lethargica denen entsprechen, wie sie von Stern, *Klarfeld*, *Schmorl*, *Herzog* u. a. erhoben sind, während die Gehirnveränderung des Fleckfiebers in seinen Fällen die Angaben *Spielmeyer*s zu bestätigen scheinen, daß es sich vorwiegend dabei um Gliazellen handelt.

Diskussion. — *Steinert*-Königsberg: Es besteht der Verdacht, daß die Lymphbahnen auch eine Rolle spielen.

Wallenberg-Danzig: Bei den meisten Fällen von Encephalitis lethargica findet man vollständige Intaktheit des Lumbalsekrets. Die Meningitis ist eine Komplikation, die nicht zum reinen Bilde der Encephalitis lethargica gehörte.

E. Meyer-Königsberg bestätigt, daß der Liquorbefund oft ein negativer ist und ebenso nicht regelmäßig eine Meningitis sich findet.

Klieneberger-Königsberg: 1. Zur Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls (erscheint in den Originalien dieser Zschr.). 2. Demonstration dreier Fälle von Frühsyphilis des Nervensystems (epileptische Anfälle); erscheint ausführlich in der D. Med. Wschr.

Diskussion. *Steinert*-Königsberg: Den Ausführungen des Herrn Vortr., eine periphere und zentrale Komponente bei den epileptischen Anfällen im Rahmen der genuinen bis zur psychogenen Erscheinungsform als wahrscheinlich anzunehmen, ist als Parallelvorkommnis die Tetaniebereitschaft bei Epithelkörperstörung gleichzusetzen. Danach müßte die Neben-

[1]) Die beiden Fälle verdanke ich Herrn Kollegen *Puppe*, klinisch war nichts Näheres bekannt.

nierenstörung eine Epilepsiebereitschaft darstellen, die in einer vasomotorischen Störung in der Medulla oder im Thalamus ihren Ursprung hat. Die hypothetische Annahme, daß bei der Versorgung der quergestreiften Muskulatur der Sympathikus eine Rolle spielt, wäre dabei nicht ohne erhebliche Bedeutung hinsichtlich der kortikalen Ursprungsfrage. Die periphere Komponente dürfte nur den vorbereiteten Boden einer krankhaften Bereitschaft manifest machen.

Kastan-Königsberg: 1. Atypischer Fall von Bulbärparalyse (pontomesenzephale Form).

Pat., ein in den dreißiger Jahren stehender Mann, nicht belastet, nie venerisch infiziert, hat keinen Alkohol- und Nikotinmißbrauch getrieben, will immer etwas undeutlich gesprochen haben. 1914 auf einem Stellwerk tätig, das beschossen wurde, fiel vor Schreck die Treppe herunter; merkte beim Nachhausegehen eine Schwäche im linken Bein. Blieb ohne besondere Beschwerden tätig, bis er 1918 Augenstörungen an sich wahrnahm. Konnte damals die Lider nicht recht heben, besonders das linke nicht. Schon damals bestand intermittierende beiderseitige Ptosis, bulbär-nasale Sprache und Einschränkung der Beweglichkeit sämtlicher äußeren Augenmuskeln. Pupillen o. B. Elektrisch kein Befund. L. Facialis (Mund- und Wangenast) leicht paretisch, l. Bauchdeckenreflex fehlt, sonstige Reflexe o. B., keine Pyramidenbahnsymptome. Leichtes Nachschleifen der Beine beim Gehen. Wurde gebessert entlassen, tat bis 1921 Dienst, konnte dann Telegramme nicht mehr richtig aufnehmen, weil die Lider zufielen, verschluckte sich häufig, Sprache wurde schlechter, ist jetzt sehr undeutlich. Kein Speichelfluß. Am Abend besteht fast völlige Ptosis, Lidspalten sind dann fast nicht zu sehen. Am Morgen ist die Ptosis nicht ausgeprägt. Ausgesprochene Bulbusstarre, Augenhintergrund, Pupillen, Kleinhirn, Labyrinth o. B. Überhaupt Befund sonst gegen früher nicht verändert. Der Fall gehört in die Gruppe der von *Marburg* unter obigem Namen zusammengefaßten wenigen Fälle, bei denen das fehlende Fortschreiten auf die tiefer liegenden motorischen Kernsäulen auffällig ist. Im Anfang der Erkrankung war differentialdiagnostisch an eine multiple Sklerose zu denken; der Gesichtsausdruck erinnert jetzt an Myasthenie.

2. Über neuere Liquoruntersuchungen. Auch mit den alten 4 Reaktionen lassen sich neue Befunde erheben (*Kafka*s Syndrom der Endarteriitis syphilitica). Von den Fällungsreaktionen hat nur die *Weichbrod*sche Sublimatreaktion Wert, weil ihr starker Ausfall bei geringer Opaleszens (*Nonne* Phase I) für eine luische Grundlage des Leidens spricht. Biologisch der höhere Grad der Fällung ist die Flockung, auf ihr beruht die *Sachs-Georgi*sche Reaktion. Wahrscheinlich wird das Serum-Globulinfällungsplus sich mit dem Cholesterin des Rinderherzextraktes verbinden, die S. G.-Reaktion scheint spezifischer zu sein als die W.-Reaktion. Das entgegengesetzte Prinzip der Flockenlösung ist der Indikator bei der *Meinecke*schen Reaktion. Der Zwang, sie zweizeitig auszuführen, stört im großen Betriebe sehr. Als ganz besonderer Fortschritt ist die Auffindung der Kolloidreaktion zu bezeichnen. Die Berliner Blaureaktion

Kirchbergs wird als unspezifisch, *Jakobsthals* Carkolid-Reaktion wegen schwer unterscheidbarer Farbentöne abgelehnt, auch die Mastix-Reaktion bereitet technische und diagnostische Schwierigkeiten. Die *Lange*sche Goldsol-Reaktion ist allen vorzuziehen. Sie ermöglicht Unterscheidung syphilitischer und akut entzündlicher Erkrankungen und auch die Differentialdiagnose zwischen einzelnen syphilitischen Erkrankungen, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit. Aufmerksamkeit verdient noch der Nachweis der Lipase im Liquor, ferner der Nachweis des Auftretens und Verschwindens von Brom und das *Queckenstedt*sche Tumorsymptom.

E. Meyer.



Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie. — Kassenabschluß für das Rechnungsjahr 1920 (1. 4. 20 bis 31. 3. 21).

Kassenbestand aus dem Jahre 1920 (vgl. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 76, Heft 2, S. 267).

I. Bankguthaben			M. 4 659,80
A. Einnahmen:			
a) Mitgliederbeiträge zu 5 M.			
2 nachträglich für 1917	M.	10,—	
3 ,, ,, 1918	,,	15,—	
11 ,, ,, 1919	,,	55,15	
541 ,, 1920	,,	2705,40	
12 schon für 1921	,,	60,25	
2 ,, ,, 1922	,,	10,	
je 1 ,, ,, 1923/24	,,	10,—	M. 2 865,80
b) Zinsen			
von Wertpapieren	M.	684,—	
von Bankgeldern	,,	133,40	,, 817,40
c) zurückgezahlte Kapitalertragsteuer	,,	67,22	,, 67,22
d) 1 Bericht über den IV. Internation. Kongreß verkauft	,,	10,80	,, 10,80
Zusammen Bestand und Einnahmen			M. 8421,02
B. Ausgaben:			
1 Arbeitsplatz (Dr. Weimann) Forschunginstitut für Psychiatrie	M.	1000,—	
Kosten der Kassenführung (Porti, Bankspesen usw. bis 3. 6. 20)	,,	179,20	
Kosten der Kassenführung (Porti, neue Bücher usw., usw.)	,,	464,60	
Notariatskosten (Vorstandswechsel)	,,	328,90	
für Sonderabdrucke usw.	,,	171,80	
an die Heinrich Laehr-Stiftung bar	,,	2000,—	M. 4 144,50
Bleibt Bestand des Bankguthabens am 31. 3. 21			M. 4 276,52



II. Bestand an Wertpapieren am 1. 4. 20 (Nom.-Wert) . . . M. 23 000.—
an die Heinrich Laehr-Stiftung überwiesen als Erlös von 10 000 M. verkaufter 5 % Deutsch. Reichsanleihe M. 8066,70 (Nom.-Wert) . . . . „ 10 000.—

Bleibt Bestand an Wertpapieren am 31. 3. 21 (Nom. Wert) M. 13 000,—
Kurswert am 31. 3. 21: 9759,25 M.

Schlachtensee, den 24. April 1921.

Der Schatzmeister: Dr. *Boedeker*.

Die Heinrich Laehr-Stiftung konnte im Rechnungsjahr 1. 4. 1920 bis 1. 4. 1921 ihre Schuld an die Darlehnskasse Berlin um 29 740 M. vermindern, da der Deutsche Verein für Psychiatrie zu diesem Zweck 10 066,70 M. überwies und das Vermögen des Psychiatrischen Vereins zu Berlin, der sich kürzlich auflöste, in Höhe von 1294 M. satzungsgemäß der Stiftung zufloß, außerdem von andrer Seite der Stiftung 15 000 M. geliehen wurden. Trotzdem schuldet die Stiftung der Darlehnskasse noch immer 312 500 M., während der Beleihungswert der verpfändeten Papiere nur 303 640 M. beträgt, so daß eine möglichst rasche weitere Abtragung der Schuld dringend nötig ist. An eine Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten oder an sonstige, dem Zweck der Stiftung entsprechende Ausgaben ist daher noch lange nicht zu denken. Das Vermögen der Stiftung setzte sich am 1. 4. 1921 zusammen aus

5 000	M.	3% Preuß. Konsols	alles der Darlehnskasse Berlin verpfändet. Die Konsols im Preuß. Staatsschuldbuch, 202 500 M. 5% Kriegsanleihe im Reichsschuldbuch eingetragen.
100 000	„	3½% „ „	
37 000	„	4% „ „	
309 000	„	5% Kriegsanleihe	
63 000	„	4½% „	

4 654,45 M. Guthaben bei der Braunschweigischen Bank.

Die 2. Tagung über Psychopathenfürsorge (s. vor. Heft, S. 862) findet am 17. und 18. Mai nicht in Hildesheim, sondern im Anschluß an einen bevölkerungspolitischen Kongreß in Köln a. Rh. statt.

Die 11. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte findet am 16. und 17. September in Braunschweig statt. Bericht über den amyostatischen Symptomenkomplex und verwandte Zustände (*Pollak*-Wien, *Jakob*-Hamburg, *Boström*-Leipzig). Vortraganmeldungen an Dr. *K. Mendel*, Berlin W, Augsburger Str. 43.

Die Heilstätte Haus Schönow ist von Zehlendorf nach Blankenburg i. H. in das früher *Müller-Rehm*sche Sanatorium verlegt worden.



Hermann Adler †. — Am 21. Februar starb der Geh. San.-Rat Dr. *Hermann Adler* bei Schleswig im 80. Lebensjahre. Er war am 8. Novbr. 1841 in Kiel geboren und verlebte die Kindheit bis in die Mitte der fünfziger Jahre auf dem Gute seines Vaters, Winningen in der Nähe von Schleswig. Von 1858—61 besuchte er das Gymnasium in Lübeck, studierte in Heidelberg und Kiel, wo er 1866 das Staatsexamen machte und approbiert wurde. Nach mehrjähriger Tätigkeit als praktischer Arzt in Plön traf ihn das Unglück, seine Braut durch Diphtheritis zu verlieren. Vom Oktober 1869 bis Mitte Dezember 1870 war er Volontärarzt an der Irrenanstalt bei Schleswig, machte dann den Feldzug 1870 71 mit, worauf er für reichlich zwei Jahre Assistenzarzt auf dem Sachsenberg bei Schwerin wurde. Seit Oktober 1873 trat er dauernd, zuerst als vierter Arzt, in den Dienst der Irrenanstalt bei Schleswig; hier war er bis zum Abgang, November 1916, tätig, also über 43 Jahre. Als 1902 der Direktor Hansen, dessen Stellvertreter er schon mehrere Jahre gewesen war, starb, übernahm er die Direktion doch nicht, weil seine Neigung sich nicht den Verwaltungsfragen, sondern nur den ärztlichen Teilen unseres Berufes zuwandte. Er war mit allen seinen Kollegen befreundet, besonders nahe mit seinem Direktor Dr. *Peter Hansen*. Aber er war nicht nur von frühester Zeit beliebt bei uns Kollegen, sondern mit zunehmendem Alter verehrten wir in ihm je länger je mehr den Freund und Berater. Manchem der Jüngeren half er, sich in die wissenschaftliche Seite einzuleben, zeigte ihnen gern seine Erfahrungen am Mikroskop und wies auf die Literatur hin. Durch seinen ruhigen, freundlichen und doch innerlich festen Umgang mit den Kranken wirkte er gleichzeitig erziehend auf die Ärzte. Aber die Kranken selbst hatten den größten Vorteil von seiner in sich geschlossenen harmonischen Persönlichkeit. Manche verkehrten mit ihm täglich, ihm helfend bei gärtnerischen und sonstigen Liebhabereien; denn da er unverheiratet blieb, stand sein Haus ihnen offen, und viele besuchten ihn in ihren persönlichsten Angelegenheiten, ebenso wie auch manche Angestellte ihn um Rat fragten. Er war unermüdlich tätig in Amt und Wissenschaft, erholte sich dann wohl auf der Jagd, besonders im Garten mit Obst- und Rosenkulturen oder Bienenzucht; viele Jahre hatte er eine Fischbrutanstalt an einem benachbarten See, die er für entwicklungsgeschichtliche Studien angelegt hatte. Große Kenntnisse besaß er in den Naturwissenschaften, besonders Botanik und Zoologie; auf einem engen Gebiet der Insektenkunde, dem der Gallwespen, ist er durch wichtige Entdeckungen in den Fachkreisen bekannt und hatte im letzten Jahre noch die Freude voller Anerkennung seiner Befunde durch Aufnahme in Lehrbücher der Zoologie. Im Band V des Archivs für Psychiatrie hat er drei Arbeiten über Rückenmarks- und Hirngefäßerkrankungen veröffentlicht, die später oft zitiert und benutzt sind; jetzt zeigen sie noch, wie weit seine sorgfältigen Untersuchungen auch neueren Ansichten entgegenkommen; was er über Körnchenzellen berichtete, liest man z. B. jetzt wieder in ähnlicher Weise bei Berichten über die Befunde in den Adventitialscheiden Paralytischer. Bis zu seiner Krankheit beschäftigten ihn mikroskopische Untersuchungen über Endothelien. Seine geistige Frische behielt er bis zuletzt. Abgegangen war er 1916 wegen zuneh ender Taubheit. Er arbeitete aber weiter in den genannten Gebieten und war voller



Pläne, als die kurze Krankheit ihn von uns nahm. Wir haben ihn unter großer Teilnahme weiter Kreise von der Anstaltskapelle aus beerdigt. Ein guter Mensch und Freund, ein viel geliebter Arzt und Berater ist dahingegangen. *Kirchhoff.*

Im Sommer 1920 ist die Heilanstalt Leipzig-Thonberg aufgelöst worden. Wegen der Persönlichkeit ihres Gründers, ihrer einstmaligen Bedeutung und des eigenartigen Schicksals, das ihr beschieden war, verdient sie einige Worte des Nachrufes.

Der Gründer der Anstalt war der Stadtphysikatsadjunkt und Stadthebearzt der Stadt Leipzig, *Eduard Wilhelm Güntz.* Er stammte aus Wurzen bei Leipzig, wo er als Sohn eines kurfürstlichen Beamten im Jahre 1800 geboren wurde, und studierte in Dresden und Leipzig Medizin. Seine Dissertation, in der er sich als energischer Reformer erwies, war eine ausgesprochene Streitschrift; sie richtete sich gegen die unzulänglichen Einrichtungen im Trierschen Institut für Geburtshilfe zu Leipzig. Der unbeirrbare Wille zum ärztlichen Fortschritte wurde auch die Triebfeder zu seinem Handeln auf psychiatrischem Gebiete, er wandte den Irrenanstalten Sachsens von Anbeginn seiner ärztlichen Tätigkeit an besonderes Interesse zu, vor allem besichtigte er den damals im Rufe steigenden Sonnenstein unter *Pienitz*' Führung, und schon in seinem Promotionsjahr 1827 begab er sich auf eine Fußreise durch Bayern und die Schweiz nach Italien, Frankreich und England, um erst 1829 nach Leipzig zurückzukehren. Unterwegs studierte er überall in den Spitälern die Behandlung und Unterbringung der Geisteskranken. Nach der mittelalterlichen Rückständigkeit, die ihm dabei begegnet war, empfand er den Besuch der damals neuzeitlichen Irrenanstalt in Palermo, der Real casa dei matti und ihres Leiters und Gründers, des Barons *Pisani*, als innere Befreiung. Der Einfluß *Pisanis* führte fast direkt zur Gründung von Thonberg. Nach seiner Rückkehr wurde er Stadtbezirks- und Gerichtsarzt der Stadt Leipzig. Charakteristisch für seine Auffassung der Irrenpflege ist die öffentliche Bekanntmachung, die Ostern 1836 die Eröffnung einer „privaten Heil- und Pflegeanstalt für Irre" in Möckern bei Leipzig ankündigte mit dem Ziele, „den Anforderungen der Zeit entsprechend Behütung, Herstellung und Pflege der Anvertrauten auf die sanfteste Art zu erreichen". Das neue Institut wurde rege in Anspruch genommen, war aber nur ein provisorisches Unternehmen; die dauernde Gründung geschah auf dem Thonberge im Osten der Stadt mit Hilfe städtischer Mittel, während die Anstalt in Möckern als spätere *Kern*sche Anstalt bestehen blieb. Die neue Anstalt Thonberg wurde im Herbst 1839 bezogen. 1841 erhielt *Güntz* einen Konkurrenten in dem Leipziger Arzt Dr. *Salomon*, der in seiner unmittelbaren Nachbarschaft unter Benutzung einer dort vorhandenen Quelle die Wasserheilanstalt Mariabrunn errichtete. 1846 jedoch konnte *Güntz* die *Salomon*sche Anstalt käuflich erwerben, so daß seitdem das zusammenhängende Areal der Anstalt 4 ha umfaßte, es lag $^3/_4$ Wegstunden vom Grimmaischen Tore entfernt, also damals in rein ländlicher Umgebung. Um ein großes, teils dreigeschossiges, H-förmiges Hauptgebäude gruppierten sich die Wirtschaftsgebäude, die Seitenflügel



enthielten die Wachabteilungen, für Männer und Frauen getrennt. Für leichtere Kranke entstanden in den nächsten Jahren noch zwei weitere kleinere Gebäude. Das Ganze umschloß ein mit vieler Mühe neu angelegter Park, der inzwischen herrlich herangewachsen ist. Die Grundsätze seiner Behandlung hat *Güntz* in 12 Leitsätze zusammengefaßt und 1861 in einer Jubiläumsschrift niedergelegt. Er fordert darin Milde, Nachsicht und Geduld für alle Stadien und Formen der Krankheiten und hebt hervor, daß man den Kranken in der Geselligkeit möglichst viel gesunde Elemente beimischen müsse. Für jeden Neuaufgenommenen ist vor Beginn der Kur eine „Beobachtungsfrist" zur Regel gemacht. Isolierungen und mechanische Beschränkungen verschmäht er nicht, doch betont er, daß diese Mittel sehr sparsam und schonend unter strengster ärztlicher Kontrolle anzuwenden seien. Elektrizität und Wasserbehandlung, letztere auch in Form von prolongierten Bädern, Diätetik und Beschäftigung sind neben der persönlichen psychischen Beeinflussung und peinlichen Individualisierung seine Hauptwaffen in der Bekämpfung der Psychosen. In richtiger Erkenntnis des Wertes der landwirtschaftlichen Beschäftigung der Geisteskranken kaufte er zu diesem Zwecke zwei Bauerngüter im nahen Probstheida. Der Ruf der Anstalt breitete sich sehr bald aus; nicht nur aus Leipzig und Sachsen, sondern auch aus Thüringen, Preußen, den Hansastädten, Bayern, Österreich, den deutsch-russischen Ostseeprovinzen, Dänemark und England wanderten ihm Patienten zu. 1863, als die Anstalt auf der Höhe ihrer Blüte stand, übergab er die Leitung seinem Neffen *Theobald Güntz*, er selbst zog sich nach seiner zweiten Schöpfung, der wald- und rebenumkränzten Güntzburg bei Meißen, zurück; auch sie war bestimmt, genesenden und genesenen Geisteskranken zum weiteren Aufenthalte zu dienen. 1880 starb *Güntz* in Thonberg, nachdem er 50 Jahre im Dienste der praktischen Psychiatrie gestanden hatte, reich an Erfolgen, innerer Befriedigung und äußeren Ehren unter Zurücklassung einer Reihe von Schriften, mit denen er den damals fast noch jungfräulichen Boden der Psychiatrie befruchtet hatte. Erwähnt seien u. a. „Der Wahnsinn der Schulkinder" und „Der Antagonismus in der psychischen Medizin". Sein Nachfolger *Theobald Güntz* leitete die Anstalt 25 Jahre lang im Sinne ihres Gründers und erweiterte sie durch Ausführung eines Neubaues mit Zentralheizung. Im Jahre 1888 verkaufte er sie an das unter städtischer Verwaltung stehende Johannisstift, seitdem hieß sie „städtische Privatheilanstalt" und stand unter der Leitung des früheren Assistenzarztes der Anstalt, *Julius Lochner*. Dieser hat sie 26 Jahre lang geführt, er war ein feinsinniger Mann, der sein Leben ganz auf die Anstalt konzentrierte und fast nur mit seinen Patienten lebte. Im Laufe des letzten Jahrzehntes machten sich in zunehmendem Maße Zuschüsse zum Betriebe nötig, so daß die Stadt in der stillschweigenden Absicht, die Anstalt mit dem Rücktritte *Lochners* eingehen zu lassen, Aufwendungen von Belang nicht mehr bewilligte. *Lochner* starb hochbetagt im Jahre 1914. Der langjährige Assistenzarzt *Knopf* leitete die Anstalt noch bis zum Herbst 1916, sie begann sich sehr zu leeren, da man mit ihrer Schließung rechnen mußte.

Der Zufall wollte es aber, daß zu gleicher Zeit der damalige Direktor der Landesanstalt Leipzig-Dösen, *Lehmann*, den Neubau einer Pensionär-



anstalt im Anschlusse an Dösen beantragt hatte. Die Stände hatten die dazu nötigen Gelder bewilligt, die neue Anstalt sollte unweit Wachau errichtet werden. Da zwang der Kriegsausbruch dazu, die Ausführung dieses Planes zu verschieben, und um für die neue Anstalt einen Stamm von Patienten zu sichern, traf der Staat mit der Stadt Leipzig ein Abkommen, wonach Thonberg bis zur Eröffnung der neuen Anstalt gehalten werden sollte, um dann die Patienten dorthin übernehmen zu können. Es trat das eigenartige Verhältnis ein, daß die ärztliche Leitung in staatliche Hände überging, während die wirtschaftliche Regie städtisch blieb. Da mit der immer länger sich hinziehenden Kriegsdauer die Aussichten für den beabsichtigten Neubau sehr ungünstig wurden, so ließ der Staat diesen Plan schließlich ganz fallen und schloß 1918 mit der Stadt einen Vertrag, wonach der Staat sich gegen unentgeltliche Überlassung der Anstalt zu ihrer zwanzigjährigen Weiterführung verpflichtete, in der Voraussetzung, daß sie sich durch ihre Einkünfte selbst tragen würde. Das Vertrauen dazu gründete sich auf das Ansehen, das die Anstalt in Leipzig genoß, auf ihren in der urspünglichen Raumverteilung sachkundigen Grundriß und auf ihre überaus günstige Lage im Leipziger Stadtbilde. Verhältnismäßig schnell und leicht vom Hauptbahnhof und vom Zentrum der Stadt aus erreichbar, wurde das Anstaltsgebäude nur an einer Seite direkt von einer Straße begrenzt, im übrigen lag sie frei in Feldern, an die sich in südöstlicher Richtung die ausgedehnten Anlagen des Völkerschlachtdenkmals unmittelbar anschlossen. Alsbald begann sich in Thonberg neues Leben zu regen. Ausgedehnte Umbauten und Erneuerungen — Badeeinrichtungen, Schleusenbauten, elektrische Lichtanlagen u. a. brachten trotz der Kriegszeit den Zustand der Anstalt mit den heutigen Forderungen der Irrenpflege wieder in Einklang. Die bewährten Grundsätze der familiären Behandlung wurden weiterhin festgehalten, die Krankenpflege wurde, auch auf der männlichen Abteilung, in der Hauptsache in die Hände von Arnsdorfer Schwestern gelegt, die im Verein mit einem Pfleger und einem Stamm tüchtiger Pflegerinnen Vorbildliches leisteten. So waren die inneren Voraussetzungen für ein neues Aufblühen der Anstalt geschaffen, was sich auch in der erfreulichen Steigerung der Aufnahmeziffer zu erkennen gab; dennoch sollte sich diese Hoffnung nicht erfüllen. Die rapid zunehmende Teuerung auf allen Gebieten, vornehmlich die Lohnerhöhungen, machten mehr und mehr die Aussicht auf die Selbstfinanzierung Thonbergs illusorisch. Auch die seitens der Anstalt Dösen bereitwillig gewährte Unterstützung durch Arbeiterkolonnen für die Außenarbeiten konnte die Lage nicht wesentlich bessern. Die alten Patienten, vorwiegend Angehörige des akademischen und kaufmännischen Mittelstandes, konnten den sprunghaften Preissteigerungen nicht mehr folgen, der neue, unbegrenzt zahlungsfähige Reichtum vermochte den Ausfall nicht auszugleichen, so sah sich der Ref., als Direkter der Anstalt, nach 4 Jahren angestrengtester Arbeit zu dem Antrage gezwungen, die Anstalt als Zuschußgebiet anzuerkennen, oder aber sie zu schließen. Letzteres geschah. Kaum waren die Umbauten usw. in der Hauptsache beendet, als auch schon mit der Auflösung begonnen werden mußte. Der Vertrag mit der Stadt wurde aufgehoben, die Stadt ersetzte dem Staate die ihm für bauliche Erneuerungen erwachsenen Kosten, dafür



erhielt sie die Anstalt zurück, die sie zu Wohnzwecken für die Bevölkerung dringend brauchte. Der Staat kaufte alles noch vorhandene städtische Inventar, um bei der Landesanstalt Dösen und anderweit für die dorthin zu überführenden Thonberger Kranken entsprechende Unterkunft bereiten zu können. Nur sechs Kranke waren in der Lage, in Privatanstalten übersiedeln zu können, rund 40 kamen in sächsische oder preußische öffentliche Anstalten, mehrere kehrten in die Familie zurück.

Damit ist die Heilanstalt Thonberg nach 80jährigem Bestehen als ein Opfer der Zeit untergegangen. 2489 Kranke haben bei einer durchschnittlichen Belegbarkeit von 50 Plätzen in ihr Unterkunft und Pflege gefunden. Ihre Gründung war zu ihrer Zeit eine fortschrittliche ärztliche Tat, reicher Segen ist von ihr ausgegangen, sie war mit ihrem traulichen Mittelhofe, ihrem alten schattigen Parke und den Gartenanlagen eine Stätte der Zuflucht und der Ruhe am Rande der Großstadt geworden; geblieben ist nur der Name *Güntz*, den der am Anstaltsgelände vorüberführende Straßenzug trägt; es war Pflicht, an ihn zu erinnern.

Wendt-Waldheim.

Personalnachrichten.

Dr. *Rob. Wollenberg*, Geh. Med.-Rat, Prof. in Marburg, hat die Berufung an die Universität Breslau angenommen.

Dr. *Rich. Neuendorff*, Geh. Med.-Rat, Direktor der Landesanstalt Bernburg, und

Dr. *Joh. Jessen*, Oberarzt der Provinzialanstalt Freiburg (Schl.), sind in den Ruhestand getreten.

Dr. *Schubert*, bisher in Liegnitz, wird des letzteren Nachfolger.

Dr. *Walter Heinicke*, Oberreg.-Med.-Rat, Direktor in Waldheim, ist zum Direktor der Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf,

Dr. *Alb. Ransohoff*, San.-Rat, früher Dir. d. Bezirksanstalt Stephansfeld, zum Reg.-Medizinalrat im Geschäftsbereich des Reichsarbeitsministerium beim Versorgungsamt Lüneburg.

Dr. *Ernst Wiehl*, Oberarzt in Grafenberg, zum Landesmedizinalrat bei der Provinzialverwaltung in Düsseldorf,

Dr. *Lantius-Beninga*, San.-Rat, Direktor der Landesanstalt Weilmünster, zum Landespsychiater in Wiesbaden ernannt worden.

Dr. *Joh. Hoppe*, San.-R., Oberarzt, ist von Uchtspringe nach Allenstein,

Dr. *Bindseil*, Oberarzt, und

Dr. *Ernst Schneider*, Oberarzt, sind von Weilmünster nach Herborn.

Dr. *Pollmann*, Oberarzt, von Weilmünster zur Anstalt für weibl. Psychopathen in Hadamar und

Dr. *Henry Wolfskehl*, Reg.-Med.-Rat, von Frankfurt a. M. nach Allenstein versetzt worden.

Dr. *Max Laehr*, Geh. San.-Rat u. Prof., Leiter der Heilstätte Haus Schönow, ist von Zehlendorf nach Blankenburg a. H. übergesiedelt.

Dr. *Karl Freiherr v. Blomberg*, früher Dir. d. Prov.-Anst. Kosten, hat sich als Arzt f. Nerven- u. Psychisch-Kranke in Weimar niedergelassen.

Dr. *Pfausler*, Direktor der Landesanstalt Valduna (Vorarlberg), und



Dr. *Herm. Hoevel*, Gerichtsirrenarzt in Wien, haben den Titel Obermedizinalrat,
Dr. *Ad. Elzholz*, Priv.-Doz., und
Dr. *Moritz Probst*, Gerichtsirrenärzte in Wien, den Titel Medizinalrat erhalten.
Dr. *Karl Pönitz* und
Dr. *Manfred Goldstein* haben sich in Halle,
Dr. *Scharnke* in Marburg und
Dr. *Georg Stiefler*, Nervenarzt in Linz (Ob.-Öst.), in Innsbruck als Privatdozenten habilitiert.
Dr. *Constantin v. Economo*, Privatdozent in Wien, ist zum a. o. Professor ernannt.
Dr. *Jul. Wagner v. Jauregg*, Hofrat, Prof. in Wien,
Dr. *Heinr. Obersteiner*, Hofrat und Prof. in Wien,
Dr. *Em. Kräpelin*, Geh. Med.-Rat, Prof. in München, und
Dr. *Siegmund Freud*, Prof. in Wien, sind zu Ehrenmitgliedern,
Dr. *Rob. Sommer*, Geh. Med.-Rat, Prof. in Gießen,
Dr. *Gust. Aschaffenburg*, Prof. in Köln,
Dr. *Eug. Bleuler*, Prof. in Zürich, und
Dr. *W. Morgenthaler*, Priv.-Doz. in Bern, zu korrespondierenden Mitgliedern des Vereins für angewandte Psychopathologie und Psychologie in Wien gewählt.
Dr. *Alex. Margulies*, a. o. Professor an der deutschen Universität in Prag, ist am 26. März im 51. Lebensjahre,
Dr. *Hermann Adler*, Geh. San.-Rat, früher Oberarzt in Schleswig,
Dr. *Wilhelm Eccard*, Med.-Rat, Dir. der Kreisanstalt Frankental,
Dr. *Ad. Lüderitz*, Med.-Rat, Dir. des Karl-Friedrich-Hospitals in Blankenhain, und
Dr. *Arthur Leppmann*, Geh. Med.-Rat in Berlin, sind gestorben.

Die Mitteilung am Schlusse des vorigen Bandes, daß den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie eine Ermäßigung auf 125 M. für den Band der Zeitschrift gewährt werden könne, wenn sie diese durch Vermittlung des Vereins beziehen, scheint mehrfach mißverstanden zu sein. Ich mache daher darauf aufmerksam, daß Anstalten, die ja als solche nicht Vereinsmitglieder sind, die Ermäßigung nicht zusteht, sondern nur ihren Ärzten, soweit sie Vereinsmitglieder sind, und daß der Bezug durch den Buchhandel die Ermäßigung ausschließt, da mit dieser die Versendung der Zeitschrift durch die Verlagsbuchhandlung an den Verein oder direkt an die Besteller verbunden ist. Abweichungen von dieser Vorschrift sind nach buchhändlerischen Regeln nicht zulässig, und wir sind daher gezwungen, uns nach ihr zu richten. Ich bitte daher die Kollegen, die als Vereinsmitglieder die Ermäßigung beanspruchen, künftig nur in eigenem Namen unter Einsendung von 125 M. an mich (durch die Braunschweigische Bank in Wernigerode) die Zeitschrift zu bestellen und, soweit sie dieselbe bisher durch ihre Buchhandlung oder durch die Post bezogen haben, nicht zu vergessen, sie hier abzubestellen.

Hans Laehr.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH   **BONHOEFFER** BERLIN   **FISCHER** WIESLOCH   **KLEIST** FRANKFURT A. M.   **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

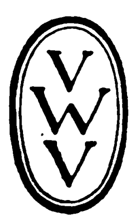
PERETTI GRAFENBERG   **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR
WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SIEBENUNDSIEBZIGSTER BAND
VIERTES UND FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 21. SEPTEMBER 1921



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1921

Inhalt.

4. u. 5. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Fortsetzung auf der 3. Umschlagseite.

Erfahrungen mit der Jakobsohnschen Gesinnungsprüfung [1]).

Von

Dr. **Ernst Less.**

Die Gesinnung läßt sich nicht mit den sonst in der Medizin üblichen Untersuchungsmethoden diagnostizieren, sie ist ein relativer Begriff. Nur aus Vergleichen kann man bei der Gesinnungsprüfung einen gewissen Rückschluß ziehen; so ist es denn mehr Erfahrungssache, ein Bild von ihr zu erhalten. Es wird immer schwer, wahrscheinlich unmöglich sein, ein Schema für die Gesinnungsprüfung aufzustellen, denn noch mehr als bei der Intelligenzprobe hängt ihre Zuverlässigkeit von den verschiedensten zu berücksichtigenden Faktoren ab, von denen als wichtigster das Temperament, die Aufnahmefähigkeit, die Aufmerksamkeit und die Offenheit des zu Untersuchenden genannt werden sollen. Oft scheitert die Gesinnungsprüfung an dem Schwachsinn des Prüflings, so daß man geneigt ist, einen Gesinnungsdefekt anzunehmen, wo tatsächlich ein Intelligenzdefekt vorliegt. Die Hauptgefahr für die Zuverlässigkeit der Gesinnungsprüfungen, auf die ich am Schluß meiner Arbeit noch genauer zurückkomme, liegt darin, daß das sittliche Urteil wohl ganz vorzüglich sein kann, daß aber in der Praxis bei jeder von dem Prüfling so klar und gefühlvoll interpretierten Situation er gerade das Gegenteil von dem tut, was er vorher als das sittlich Gute hingestellt hat. Es braucht gar keine Verstellungsabsicht dabei mitzuspielen, die von dem zu Prüfenden beurteilten Handlungen können aus ehrlichem Herzen heraus sittlich tadellos bewertet werden, aber die Prüflinge handeln ja nicht selbst, sie urteilen ja nur, und so fehlt die Verlockung und Verführung für sie selbst. Das Wichtigste wäre nun, zu erfahren, ob sie diesen Verlockungen tatsächlich, wie sie es mit Worten versichern, widerstehen können, dafür gibt es aber nur einen Anhaltspunkt:

[1]) Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim. (Direktor Prof. *Kleist.*)





die Anamnese. Anamnese und Gesinnungsprüfung gegeneinander abgewogen, könnten zusammen mit der Intelligenzprüfung ein ungefähres Bild über den Charakter geben, aber auch da sind Täuschungen möglich, da ja die Anamnese bei beginnender Erkrankung mit moralischen Defekten auch versagen kann. Der praktische Wert der Gesinnungsprüfungen Jugendlicher stieg oder wurde vielmehr erst erkannt durch den Streit der Juristen und Mediziner um den § 56 des StGB., der von der Jugendliche betreffenden sog. relativen Strafunmündigkeit handelt. Wie *Levy-Suhl* in seiner Arbeit über die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zum § 56 des Deutschen Strafgesetzbuches auseinandersetzt, gehörte früher die Zuziehung medizinischer Sachverständiger in der Frage der Anwendungsmöglichkeit des § 56 zu den Seltenheiten. Die Feststellung, ob der Jugendliche die Strafbarkeit seiner Handlung erkannt hatte, war gar nicht nötig, sondern nur die Tatsache, daß er die zur Erlangung dieser Erkenntnis erforderliche geistige Reife besaß. Unter der geistigen Reife verstand man nun den Stand der rein intellektuellen Entwicklung, dagegen wurden der Grad der sittlichen Reife, die Willensreife, das sittliche Fühlen, die Gesinnung nicht berücksichtigt. Die strafreformatorische Bewegung der letzten Jahrzehnte hat dann auf ein Zusammenarbeiten von Juristen und Mediziner in dem Punkte der Feststellung der geistigen Reife Jugendlicher Wert gelegt, es wurde da die Forderung aufgestellt, daß neben der Intelligenz des Jugendlichen auch seine sittliche Entwicklung, sein Gefühlsleben berücksichtigt würde. So bildeten sich neben den verschiedenen Methoden der Intelligenzprüfungen, von denen die bekanntesten die *Binet-Simon*sche und die *Ziehen*sche sind, auch solche der Gesinnungsprüfungen aus. Es sollte durch bestimmte Fragen das sittliche Fühlen erkannt werden. Schon *Ziehen* hatte sich in seinem Werk über Intelligenzprüfungen geäußert, daß es nicht selten wünschenswert wäre, auch im Rahmen der Intelligenzprüfung den Gefühlsdefekt zu untersuchen. So suchte er z. B. durch Erzählen bald einer guten, bald einer schlechten Handlung aus dem Prüfling ein Urteil über das Gute und Schlechte der Tat herauszuholen und danach einen Schluß auf seine Gesinnung zu ziehen; dasselbe Ziel bezweckte er durch Beantwortung der Frage: „Was würdest Du in diesem Falle tun?“

Diese Art der Gesinnungsprüfung ist aber doch wohl, wie *Jacobsohn* auch auseinandersetzt, nur für kleine Kinder zu verwenden, den älteren Jugendlichen mit einiger Intelligenz wird es fast immer ge-



lingen, den Untersuchenden zu täuschen. *Herrmann* benutzte eine Anzahl von Bildern, dessen Inhalt in steigender Schwierigkeit gefühlsstark und moralisch gefärbt war. Aus der Reaktion des Kindes, aus der Art der Spontanäußerung suchte er einen Schluß auf den Charakter zu ziehen. *Levy-Suhl* hat an 120 Jugendlichen eine Methode ausprobiert, deren ideales Endziel mit seinen eigenen Worten die Beantwortung folgender Frage ist: „Welches sind die verschiedenen Beweggründe, die unseren jugendlichen Angeklagten bestenfalls zu Gebote stehen, um sie künftighin bei einer erneuten oder auch erst einmaligen Gelegenheit vom Stehlen zurückzuhalten?" Er stellt zunächst den Jugendlichen folgende Vorfrage: „Warum darf man nicht stehlen?" Aus den verschiedenen Antworten teilt er ein in Sozialethische, die die Unverletzbarkeit fremden Eigentums, Mitleid mit dem Bestohlenen, Äußerungen sozialen Gerechtigkeitsgefühls vorbringen und Bedenken über Störung der staatlichen Ordnung äußern, in die reinen Egoisten, bei denen das Ausschlaggebende bloße Furcht vor Bestrafung und Schaden an der eigenen Person ist, und die Religiösen, bei denen eben religiöse Gründe eine Rolle spielen. Er fand dabei, daß die Gesamtzahl der reinen Egoisten ein Viertel aller Prüflinge betrug, daß diese Prüflinge am stärksten in der Altersstufe zwischen 12 und 13 Jahren vertreten sind, daß ihre Zahl im Konfirmationsalter sinkt und sich später immer mehr und mehr verringert. Nach dieser Vorfrage suchte *Levy-Suhl* durch Rede und Gegenrede die Prüflinge zu zwingen, „alle ihm zu Gebote stehenden Argumente und Gegenargumente für die begreiflicherweise fast immer von ihm behaupteten ehrenhaften Entscheidung anzuführen und zu verteidigen. Aus dieser unter dem Druck der Situation erhaltenen ethischen Maximalleistung lassen sich dann weitere, mindestens negative Schlußfolgerungen auf ihr ethisches Inventar stellen."

Doch auch diese Methode scheint, wie *Jacobsohn* erwähnt, schon durch die Fragestellung eine gewisse Beeinflußbarkeit und ethische Einstellung als Fehler zu haben, so daß der Prüfling ethisch mehr gibt, als er tatsächlich besitzt.

Ausgehend von einer amerikanischen Methode, die zum Zweck der Gesinnungsprüfung eine Anzahl von aufgezählten Vergehen bzw. Verstößen gegen den Anstand von dem Prüfling ihrer Schwere nach einreihen läßt, hat *Jacobsohn* eine ähnliche Methode in seiner Arbeit: „Gibt es eine brauchbare Methode, um Aufschluß über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen zu bekommen?" ausgearbeitet. Jugendliche von 12—18 Jahren müssen sieben verschiedene Vergehen ihrer



Schwere nach beurteilen. Die Straftaten sind nach Art, Veranlassung und dem angerichteten Schaden verschieden und steigern sich von der harmlosesten bis zu ganz schweren. Aus der Art der Bewertung und Begründung wird zum Schluß das Urteil über das Maß des sittlichen Fühlens gefällt. Die Vergehen sind folgende:

1. Ein 10jähr. Junge hat den ganzen Tag nichts zu essen bekommen, da seine Mutter auf Arbeit fort war. Als die Mutter immer noch nicht zurückkommt und ihn der Hunger quält, geht er auf die Straße und kommt an einem Bäckerladen vorbei. Die Tür steht offen, und neben der Tür sieht er in einem Korbe frische Semmeln liegen. Er wartet, bis niemand im Laden ist. Dann geht er leise hinein, nimmt aus dem Korb zwei Semmeln heraus, läuft mit ihnen fort und ißt sie gleich auf der Straße auf.

2. Ein 12jähr. Junge, der Laufbursche in einem Geschäft ist, soll ein Paket zur Post bringen. Sein Chef gibt ihm 50 Pf. mit, damit er das Bestellgeld auf der Post bezahlt. Der Junge läßt aber das Paket unfrankiert abgehen, behält sich die 50 Pf., die er sogleich vernascht.

3. Ein 14jähr. Junge hat vor einigen Tagen ein Fahrrad zum Geschenk erhalten und lernt nun in einer stillen Straße allein auf dem Rade. Da tritt ein 16jähr. Junge, der ihn längere Zeit beobachtet hat, an ihn heran und sagt ihm: „Laß mich einmal aufsitzen, dann will ich Dir zeigen, wie man das Radfahren schnell erlernen kann.“ Darauf steigt der 14jähr. Junge von seinem Rade herunter und läßt den 16jährigen aufsitzen. Dieser fährt zuerst mehrmals die Straße auf und ab. Als er dann aber einmal am Ende der Straße ist und der andere Junge gerade nicht hinsieht, biegt er schnell in eine Nebenstraße ein und verschwindet mit dem Rade auf Nimmerwiedersehen.

4. Zwei 12jähr. Jungen waren gut befreundet und besuchten sich oft. Der eine war der Sohn eines Försters, in dessen Wohnung mehrere Jagdgewehre hingen.

Der Förster hatte seinem Sohne streng verboten, ein Gewehr von der Wand zu nehmen, und pflegte jedesmal ein geladenes Gewehr, bevor er es an die Wand hing, zu entladen.

Als nun die Freunde wieder einmal in der Försterei zusammen waren und miteinander gespielt hatten, nahmen sie schließlich jeder ein Gewehr von der Wand, um Soldat zu spielen.

Bald taten sie so, als ob sie im Kriege wären und legten die Gewehre aufeinander an.

Der eine Freund schrie: „Jetzt schieß ich Dich tot.“

Der andere rief lachend: „Das Gewehr ist ja nicht geladen.“ Beide drückten ihre Gewehre ab, und der Freund des Jägersohnes sank tödlich getroffen zu Boden.

5. Ein 16jähr. Junge hatte einen Stiefvater, der ein Trunkenbold war. Wenn der Stiefvater betrunken nach Hause kam, mißhandelte er ihn und die Mutter und zerschlug viele Gegenstände in der Wohnung.

Die Familie war dadurch in große Not geraten, und die Mutter sah elend und abgehärmt aus. Das nahm der Sohn sich sehr zu Herzen, und als der Stiefvater eines Nachts wieder ganz betrunken nach Hause kam,



ihn und die Mutter aus dem Bett zerrte und mit der Faust ins Gesicht schlug, packte er ihn voll Wut an der Kehle und würgte ihn so stark, daß er nachher tot war.

6. Ein 18jähr. Junge war in einem großen Geschäft schon mehrere Jahre als Hausdiener angestellt. Sein Chef hatte Vertrauen zu ihm und schickte ihn eines Tages auf die Bank, um von dieser Bank 1000 M. zu holen. Er gab ihm dazu ein Formular mit, auf welchem die Summe von 1000 M. aufgeschrieben war. Der Hausdiener hatte immer schon den brennenden Wunsch, einmal die weite Welt zu sehen, besonders Amerika, wo man, wie er gehört hatte, auf leichte Art viel Geld verdienen konnte. Er hatte aber nicht die Mittel, um diesen Wunsch sich erfüllen zu können. Als er nun von seinem Chef das Formular erhalten hatte, kam ihm plötzlich der Gedanke, die 1000 M., welche auf dem Formular aufgeschrieben waren, in 2000 umzuändern und sich dann von dem erhaltenen Gelde 1000 M. zu behalten. Das tat er auch so und erhielt auch von der Bank 2000 M. ausgezahlt. Von dem Gelde gab er 1000 M. seinem Chef ab, während er die anderen 1000 M. behielt. Dann kündigte er seine Stellung und fuhr nun schnell zu Schiff nach Amerika. Die Fälschung wurde erst später entdeckt.

7. Ein 16jähr. Junge, der sehr arbeitsscheu war und sich immer herumtrieb, hatte wieder einmal keinen Pfennig Geld in der Tasche und sann nach, wie er sich welches verschaffen könnte.

Er ging zufällig an einem Juwelierladen vorüber und sah, daß der Inhaber des Geschäftes, ein alter Mann, gerade goldene Uhren auf seinem Ladentische musterte.

Hier schien ihm die Gelegenheit günstig, einen Raub auszuführen.

Er trat in den Laden und gab vor, eine Uhr kaufen zu wollen.

Der Juwelier legte ihm verschiedene Uhren zur Auswahl vor.

Als er nun noch andere Uhren zur Auswahl holen wollte, zog der Juwelier eine Schublade des Ladentisches auf und bückte sich hinab, um aus der Schublade noch andere Uhren herauszunehmen.

In diesem Augenblick versetzte er dem alten Manne mit einem Stemmeisen, das er zur Ausführung der Tat zu sich gesteckt hatte, einen wuchtigen Schlag auf den Kopf, wonach der alte Mann bewußtlos zu Boden sank.

Dann riß er schnell einige Uhren vom Ladentisch weg und stürzte auf die Straße hinaus.

Handelte es sich um einen Jugendlichen, der selbst eine strafbare Handlung begangen, so mußte er sein eigenes Vergehen unter die anderen einreihen und die Begründung dieser Bewertung hinzufügen. An der Hand von 14 Fällen habe ich diese Methode nachgeprüft, über die Vorteile und Nachteile dieser Art der Gesinnungsprüfung soll zum Schluß einiges gesagt werden.

Mein Material setzt sich aus 12 Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren zusammen, von denen außer einem poliklinischen Patienten drei sich in der Gehlsheimer psychiatrischen Klinik zur Begutachtung befinden (Fall I—IV), die übrigen acht sind Zöglinge aus dem Gehls-



dorfer Rettungshaus (Fall V—XII), außerdem habe ich noch zwe 22jährige, auch zur Begutachtung in der Gehlsheimer Klinik be findliche Patienten untersucht. Im folgenden sind die 14 Protokoll wiedergegeben:

I. L., Kaufmann, 17 Jahre. Zur Begutachtung in der psychia trischen Klinik.

War 2 Jahre auf der Realschule, Sprachen lernen fiel schwer, macht daher nur die Bürgerschule durch. Nach der Schule in Kaufmannslehre hatte wenig Spaß daran, wohnte während der Lehrzeit im Hause, Auf rührigkeit gegen die Eltern, bummelte viel. Ging dann nach R., angeb lich um eine Stelle anzunehmen, wurde bei einem Fahrraddiebstahl er wischt, verhaftet und ins Gefängnis gebracht. Er neigt sehr zur Lügen haftigkeit, ist aber geständig, weiß angeblich nicht, was ihn zum Dieb stahl veranlaßt hat. Diagnose der Klinik: Psychopath mit pseudologi stischen Zügen. Die dem Prüfling vorgelegten Vergehen sind von ihm in folgender Reihenfolge bewertet worden: 1. Gewehrspielerei, 2. Semmel diebstahl, 3. Portounterschlagung, 4. Fahrraddiebstahl, 5. Unterschlagung und Urkundenfälschung, 6. Raubmordversuch, 7. Stiefvatertötung. Eigenes Vergehen zwischen 3. und 4. (Fahrraddiebstahl).

[Warum ist die G.-Spielerei das leichteste Vergehen?] Es ist Leicht sinn, sie haben nicht gefolgt. [Warum ist 2 schlimmer?] Hat's aus Hunger getan, ist aber selbst schuld daran, daß er die Semmeln genommen hat. [Warum ist die Portounterschlagung schwerer als der Semmeldiebstahl?] Das ist Unterschlagung, der andere hat's aus Hunger getan, dieser ist naschhaft gewesen. [Warum ist 4 schlimmer als 3?] Es ist ein hinter- listiger Diebstahl, auch ist er älter. [Warum ist 5 schlimmer als 4?] Es ist eine schwere Unterschlagung. Der Betrag ist höher und auch das Alter. Er hing an irdischen Gütern, wollte viel Geld verdienen. [Warum rechnen Sie 6 zu den schweren Vergehen?] Es ist ein Einbruchsdiebstahl das vorhergehende ist nur Unterschlagung. Er war arbeitsscheu. Der Wert der Uhren ist auch größer, aber das Alter ist geringer. Es liegt auch Körperverletzung vor. [Warum ist die Stiefvatertötung das schlimmste Vergehen?] Das ist eigentlich ein Mord, aber er kann es aus Wut getan haben. Der Junge hat den Juwelier bewußtlos geschlagen, dieser hat den Vater erwürgt. [Was hätte er denn tun sollen?] Er hätte ihn ein- sperren sollen, wo er nichts kaputschlagen konnte. [Wenn er dazu zu schwach war?] Da war die Mutter auch noch da. [Hat er denn keinen edleren Gedanken dabei gehabt?] Allem Anschein nach nicht, denn er hat ihn ja erwürgt. [Eigenes Vergehen zwischen 3 und 4.] Meins ist Diebstahl, ich habs getan, als keiner dabei war, er hat hinterlistig ge- nommen. —

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 J. +. (Die Fragen, die nach den Tests von Binet-Simon von einem 12jähr. Kinde normaliter richtig be- antwortet werden sollen, sind auch hier richtig beantwortet.)

Die Intelligenzprüfung ergab ein recht gutes Resultat. Die Schul- kenntnisse sind gut, die Fragen werden schnell, sicher und fast immer richtig beantwortet, die Erklärung der Sprichwörter ist geschickt, die



Kombinationsprobe gut, ebenso die Kritik absurder Sätze. Es handelt sich um einen Jungen von normaler Intelligenz.

Die Gewehrspielerei stellt er an erste Stelle, weil sie ihm nicht als sein vom eigenen Willen abhängiges Vergehen, sondern nur als unglückseliger Zufall, nur als Leichtsinn erscheint. Vielleicht, daß er auch sein Vergehen für Leichtsinn hält und deshalb die Tat besser versteht und entschuldigt. Dem strengen Verbot des Vaters legt er wohl nicht viel Wert bei. Den Semmeldiebstahl schätzt er schwerer ein, denn der Junge hat es mit Überlegung getan, er war selbst schuld daran. Der Hunger gilt als mildernder Umstand, der das Vergehen leichter macht gegenüber der Portounterschlagung, deren Motiv, Naschhaftigkeit, richtig hervorgehoben wird. Auch die Hinterlist bei der Ausübung des an 4. Stelle genannten Fahrraddiebstahls wird richtig erkannt und das höhere Alter als erschwerend hinzugesetzt. Doch erscheint ihm das Vergehen nicht so schlimm, als die Unterschlagung und Urkundenfälschung, hier hat ihn wohl die hohe Summe beeinflußt, auch das höhere Alter wurde erwähnt, das Motiv fand wenig Berücksichtigung. „Er hing an irdischen Gütern, wollte viel Geld verdienen." Der Raubmordversuch ist intellektuell klar und von verschiedenen Gesichtspunkten aus beleuchtet: Als Einbruchsdiebstahl ist er schwerer zu verurteilen als die Unterschlagung. Die Arbeitsscheu des Jungen, sein Alter, der Wert der Uhren, die Körperverletzung, alles ist in Erwägung gezogen worden, doch vermißt man auch hier das Gefühlsmäßige: das Mitleid mit dem alten Manne; daß der Junge schon lange darauf ausging, das Verbrechen zu begehen, das Tückische, Rohe, Berechnende seines Vergehens wird fast gar nicht erwähnt. Ganz merkwürdig ist die Bewertung der Stiefvatertötung. Trotz Hilfsfragen ist er nicht davon abzubringen, dieses Vergehen an letzte Stelle zu setzen, für ihn ist die Tat ein Mord, der Junge hat es aus „Wut" getan. Der Endeffekt ist das Ausschlaggebende: der Junge hat den Vater erwürgt, der andere hat den Juwelier nur bewußtlos geschlagen. Er hätte ihn einsperren, die Mutter zu Hilfe holen können, aber er durfte ihn nicht töten. Edlere Motive werden nicht erkannt, er denkt sich in diese offensichtliche Affekthandlung rein intellektuell hinein ohne jedes Gefühl dafür, daß der Junge es vielleicht für die Mutter getan hat, um sie von dem Unhold zu befreien. Seinen Diebstahl setzt er vor den Fahrraddiebstahl, und begründet diese Bewertung damit, daß er selbst nicht so hinterlistig vorgegangen ist, als der andere, nach der Vorgeschichte erscheint die Auslegung seines Vergehens und der Milderungsgrund sehr subjektiv gefärbt zu sein.

Aus der Gesinnungsprüfung geht hervor, daß die Vergehen bis auf das letzte gut, gründlich und klar bewertet worden sind, doch zeigt die Begründung des Raubmordversuches und besonders der Stiefvatertötung einen ziemlichen Mangel an Gefühl. Es fehlt das tiefere Verständnis für die verschiedene Seelenverfassung der beiden Jungen, das Verständnis für die Motive, die Bewertung geschieht lediglich nach äußeren Gesichtspunkten, der eine ist bewußtlos geschlagen, der andere ermordet. Bei seiner guten intellektuellen Veranlagung muß man über diese Verständnislosigkeit erstaunt sein und einen Mangel an tiefem ethischem Empfinden annehmen. Auch die Bewertung seines eigenen Vergehens und ihre Begründung ist ziemlich oberflächlich und stark zu seinen Gunsten



gefärbt. Auch da hätte bei tieferer Einkehr eine andere Begründung erfolgen können und müssen.

II. Br., 16 Jahre, Lehrling. Er ist mit 7 Jahren zur Schule gekommen, weil körperlich in der Entwicklung zurück (infantiler Habitus). In den ersten Jahren gut gelernt, immer versetzt, mit 13 Jahren in der 2. Klasse sitzengeblieben. Während des Krieges war er ohne Aufsicht, bummelte viel und schwänzte die Schule, wobei er Bescheinigungen vom Lehrer an die Eltern (Schulgeldquittung usw.) fälschte. Das Geld vernaschte er. Verschaffte sich Geld zum Zigarettenrauchen, wo er konnte, verkaufte Nahrungsmittel, Nippsachen, Bilder, Werkzeuge usw. Mit 14 Jahren konfirmiert, kam dann in die Lehre. Entwendete dort viel, lief dann weg, auf anderen Stellen dasselbe Verhalten. Später in Erziehungsanstalt, viermal innerhalb 10 Wochen ausgebrochen, trieb sich dann herum. Aus der Gehlsheimer Klinik fortgelaufen, nachdem er Tabak aus dem Zimmer eines Assistenten gestohlen hatte. Macht so einen ganz braven Eindruck.

Die dem Prüfling vorgelegten Vergehen sind von ihm in folgender Reihenfolge bewertet worden: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Gewehrspielerei, 4. Fahrraddiebstahl, 5. Stiefvatertötung, 6. Urkundenfälschung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen zwischen 3. und 4. (Diebstahl in der Klinik).

[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Den Jungen hat der Hunger gequält. [Warum ist 2 schlimmer?] Weil er seinen Chef veruntreut hat, und es ist überlegt, den andern hat der Hunger dazu getrieben. [Warum stellen Sie die Gewehrspielerei an 3. Stelle?] Ungehorsam mit tötlichem Ausgang. Es ist aus Versehen geschehen, weil der Vater das Gewehr nicht entladen hatte. [Warum ist der Fahrraddiebstahl schwerer einzuschätzen als die Gewehrspielerei?] Weil er dem 14jährigen Jungen das Radfahren zeigen wollte und ist nicht wiedergekommen. Weil der 16jährige Junge älter ist und es darauf abgesehen hat, er hat ihn längere Zeit beobachtet. [Warum ist 5 schwerer als 4 zu beurteilen?] Weil der Sohn im Jähzorn gehandelt hat und den Stiefvater erschlagen hat. [Was hätte er tun sollen?] Er hätte seinen Vater zur Rede stellen sollen. [Wenn das aber nichts geholfen hätte?] Dann hätte er seinen Vater in eine Trinkerheilanstalt bringen können. [Was entschuldigt das Vergehen?] Weil sein Vater ein Trunkenbold war und seine Frau und seinen Sohn mißhandelte. [Warum ist die 1000 Mark-Unterschlagung schlimmer als die Stiefvatertötung und die Portounterschlagung?] Weil er das Scheckformular in 2000 M. umgeändert hat. Er hat sich verleiten lassen. Es ist eine Fälschung, deshalb ist es schwerer als die andern. [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Weil der 16jährige Junge sich direkt danach umgesehen hat, sich Geld zu verschaffen, und bei Gelegenheit den Raub ausführte. Weil er den alten Mann runtergeschlagen hat und trotzdem mit Wertsachen weggegangen ist. [Eigenes Vergehen zwischen 3. und 4. Warum?] Bei der Gewehrspielerei war es nur eine Unvorsichtigkeit, der 16jährige Junge ist darauf ausgegangen. [Sie sind nicht darauf ausgegangen?] Ja. — Ich habe zuletzt nicht mehr gewußt, was ich getan habe, deshalb ist meins leichter; beim Fahrraddiebstahl war es direkte Überlegung.



Intelligenzprüfung: Binet-Simon 12 J. + (Erklärung siehe Fall 1).

Die Intelligenzprobe ergab ein sehr gutes Resultat. Die Antworten erfolgten schnell und sicher, die Unterschiedsfragen wurden geschickt beantwortet, die Sprichwörter gut und plastisch erklärt, auch sonst macht B. einen recht intelligenten Eindruck.

An erste Stelle setzte er den Semmeldiebstahl als unüberlegtes Vergehen und betont: den Jungen hat der Hunger gequält. Er hebt das Motiv scharf hervor gegenüber der Portounterschlagung, wo der Junge den Scheck „veruntreut" hat und Überlegung vorliegt. Auch die Begründung bei der Gewehrspielerei zeigt ein gutes Verständnis. Der Ungehorsam wird eingesehen und hervorgehoben, ebenso, daß es aus Versehen geschehen ist, auch er nimmt das Verbot des Vaters nicht schwer, er will ihm vielleicht mit den Worten: „Weil der Vater das Gewehr nicht entladen hatte", einen leisen Vorwurf machen. Auch bei der Beurteilung des Fahrraddiebstahls ist alles gut gegeneinander abgewogen, die Hinterlist, die allerdings nicht scharf hervorgehoben wurde, das höhere Alter des 16jährigen gegen den 14jährigen, daß er ihn längere Zeit beobachtet hatte und es darauf abgesehen hatte. Bei der Bewertung der Stiefvatertötung erwartet man vielleicht ein wärmeres Gefühl, mehr Entschuldigungsgründe, er sagt nur: Weil der Vater ein Trunkenbold war und seine Frau und seinen Sohn mißhandelte, aber sonst ist auch hier die Begründung eine klare und weitsichtige: Der Jähzorn wird hervorgehoben und verurteilt. Er hätte den Vater zur Rede stellen sollen. Auf die Frage: Wenn das nichts geholfen hätte, antwortet er sehr beschlagen und sicher: Dann hätte er ihn in eine Trinkerheilanstalt bringen können. Als erschwerend für die 1000 M.-Unterschlagung gilt ihm die Fälschung, Entschuldigungsgründe sind nicht angeführt. Als schwerstes Vergehen wird der Raubmordversuch recht gut und gefühlvoll interpretiert: der 16jährige Junge hat sich direkt umgesehen. Er hat den alten Mann runtergeschlagen und ist trotzdem noch mit Wertsachen weggegangen. Er fühlt Mitleid mit dem alten Mann und verurteilt den jugendlichen Verbrecher um so stärker, als er nach der rohen Tat noch so viel Klarheit hatte, die Uhren mitzunehmen. Sein eigenes Vergehen setzt er hinter die Gewehrspielerei, denn diese ist leichter zu bewerten, weil sie aus Versehen zum Unfall geführt hat. Beim Fahrraddiebstahl scheint ihm im Vergleich zu seinem Vergehen die Überlegung und Raffiniertheit die größere zu sein, er entschuldigt sich: Ich hab zuletzt nicht mehr gewußt, was ich getan habe.

Die Gesinnungsprüfung ergibt ein gutes Verständnis für die einzelnen Vergehen. Wenn man auch manchmal ein tieferes Mitempfinden vermißte, so ist doch im allgemeinen das innere Verständnis für die Motive ein recht gutes. Äußerliche Gründe sind fast immer zugunsten der inneren Beweggründe in den Hintergrund gestellt worden, so daß man wohl sagen kann, daß nach der Gesinnungsprüfung eine gute sittliche Grundlage vorhanden sein müßte. Der Widerspruch zwischen dem Resultat der Gesinnungsprüfung und der Praxis, wo er sich als lügnerisch und jeder Versuchung unterliegend gezeigt hat, ist am Schluß der Arbeit in Erwägung gezogen. Sein eigenes Vergehen ist nicht sehr stichhaltig begründet worden. Die Ausrede: Ich hab nicht mehr gewußt, was ich getan habe, fällt ziemlich weg, da die Vorgeschichte unzählige Vergehen ergibt.



III. R., 18 Jahre. Wegen Betruges vom Schöffengericht R. zu drei Tagen Gefängnis verurteilt, da er auf eine Bahnsteigkarte von Hamburg nach R. gefahren ist. Jetzt angeklagt, in der Umgebung von R. mehrere Diebstähle begangen zu haben, die er selbst ohne weiteres eingesteht. Gab sogar zu, nicht aus Not gehandelt zu haben, sondern lediglich, um sich etwas Geld zu verschaffen. Diagnose der Klinik: Hypomanie.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Gewehrspielerei, 2. Semmeldiebstahl, 3. Portounterschlagung, 4. Stiefvatertötung, 5. Fahrraddiebstahl, 6. Unterschlagung und Urkundenfälschung 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen zwischen 3 und 4 (Betrug mit der Bahnsteigkarte).

[Warum ist die Gewehrspielerei das leichteste Vergehen?] Weil sie alle beide gemeint haben, die Gewehre sind nicht geladen. Es ist ein Versehen gewesen. [Der Vater hat aber doch verboten!] Wenn der Vater nicht da ist, wird manche Dummheit gemacht. [Warum ist der Semmeldiebstahl schlimmer?] Er hat's mit Absicht getan, doch hat ihm seine Mutter nichts zu essen gegeben, da hat er sich was geholt. [Wieso schätzen Sie 3 schwerer als 2?] Der 10jähr. Junge hat's vor Hunger getan, der 12jährige, um das Geld zu verkloppen. [Warum setzen Sie die Stiefvatertötung an 4. Stelle?] Trotzdem er so aufgeregt war, hätte er den Vater nicht totmachen dürfen. [Was hätte er denn tun sollen?] Er hätte Hilfe holen müssen oder ihm die Hände zusammenbinden. [Warum ist es noch leichter einzuschätzen als der Fahrraddiebstahl?] Weil der Vater immer so betrunken gewesen ist, da hat er sich nicht anders zu helfen gewußt. Beim Fahrraddiebstahl hat er zuerst gesagt, er wolle dem Jungen das Radfahren zeigen, wie er wegkuckt, hat er es gestohlen. Es ist ein Diebstahl. [Wie benimmt er sich dabei?] Bösartig und hinterlistig. Der andere hat sich bloß gewehrt. [Warum setzen Sie die 1000 M.-Unterschlagung an vorletzte Stelle?] Weil er Urkundenfälschung begangen hat. Er hat es mit Absicht getan. Das hätte er ganz nachlassen sollen, das ist eine große Urkundenfälschung, da es mehr Geld ist. [Warum ist der Raubanfall das schwerste Vergehen?] Weil er es mit Absicht getan hat. Er hat den Geschäftsmann zum Narren gehabt und ihn dann überfallen. Er hätte sich ein paar Uhren in die Tasche stecken können, dann hätte er auch welche gehabt. Es war eben Raub. [Warum setzen Sie Ihr eigenes Vergehen zwischen 3 und 4?] Meins war Betrug, kein Diebstahl. Er hat sich gewehrt, ich habe aber keinen getötet, ich hab's ja auch mit Absicht getan, aber ich bin durch einen anderen verführt worden.

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 +.

Die Intelligenzprobe ergibt ziemlich mäßige Schulkenntnisse, die leichteren Unterschiedsfragen werden, wenn auch unsicher, so doch richtig beantwortet, der Unterschied zwischen „Irrtum und Lüge" wird unvollständig, zwischen Strafe und Rache gar nicht erklärt. Die Definition ethischer Begriffe ist zufriedenstellend. Die Sprichwörter werden gut erklärt und verstanden, die Kombinationsgabe ist gut, das leichte und schwere Beispiel werden fast fehlerfrei ergänzt, ebenso ist die Kritik absurder Sätze gut. Im ganzen handelt es sich um einen **mittelmäßig intelligenten Menschen mit einer zeitweisen leichten geistigen Schwerfälligkeit.**



Die Gewehrspielerei setzt er an erste Stelle, weil sie nur aus Versehen einen ungewollten Ausgang nahm, das Verbot des Vaters nimmt er nicht schwer: Wenn der Vater nicht da ist, wird manche Dummheit gemacht. Die Motive des Semmeldiebstahls und der Portounterschlagung werden richtig erkannt, der Semmeldiebstahl deshalb leichter eingeschätzt, weil der Junge eben Hunger hatte, doch wußte er immerhin, daß er Verbotenes tat. Bei der Portounterschlagung liegt Leichtsinn vor: Um das Geld zu verkloppen. Auch das verschiedene Alter beider Jungen wird in Betracht gezogen. Bei der Stiefvatertötung versetzt er sich gut in die Aufregung des Jungen, doch verurteilt er den Ausgang der Tat: Er hätte den Vater nicht totmachen dürfen. Er faßt die ganze Handlung doch mehr als Notwehr auf im Gegensatz zum Fahrraddiebstahl, wo der Junge mit voller Absicht bösartig und hinterlistig vorgegangen ist. Die Urkundenfälschung verurteilt er deshalb so, weil es mit Absicht geschehen ist, auch die Summe spielt eine wesentliche Rolle. Die Motive zur Tat werden nicht erkannt und berücksichtigt. Der Raubmordversuch wird am schärfsten verurteilt sowohl wegen der Berechnung als auch wegen der Roheit: Es ist eben Raub. Wenn er sich ein paar Uhren in die Tasche gesteckt hätte, wäre das schließlich nicht so schlimm gewesen, das hätte er, wohl in Hinblick auf sein eigenes Vergehen, verzeihen können, jedenfalls hätte er für eine derartige Handlung, wie aus seinen Worten hervorging, ein besseres Verständnis gehabt, doch deshalb einen Menschen anzufallen erscheint ihm unverständlich und verdammenswert. Sein eigenes Vergehen hält er für schwerer als die Portounterschlagung; bei dieser Bewertung spielt wohl der größere Schaden die Hauptrolle. Der Schlußeffekt der Stiefvatertötung läßt ihm sein eigenes Vergehen leichter erscheinen, doch gibt er zu, daß er es eigentlich mit Absicht getan hat. Zu seiner Entschuldigung führt er an, daß er zu der Tat verführt sei, doch das ist ja eine beliebte Ausrede bei Jugendlichen.

Im ganzen kann man aus der Gesinnungsprüfung den Schluß ziehen, daß die Vergehen von einer guten sittlichen Grundlage aus beurteilt worden sind. Die Handlungen, bei denen ein Versehen oder eine Gefühlswallung die Veranlassung zur Tat gab, sind leichter bewertet, als die mit Absicht ausgeführten Vergehen. Das zeugt von einem guten sittlichen Verstehen. Daß manchmal der Abscheu vor den schweren Vergehen nicht richtig zum Ausdruck gebracht worden ist, läßt sich auch hier wohl wieder auf die Schwierigkeit und Schwerfälligkeit zurückführen, die eigenen Gefühle und Gedanken in die richtige Satzform zu kleiden. Die Einreihung seines Vergehens ist verständlich, aus dem Zugeständnis, daß er es mit Absicht getan hat, ist eine gewisse Reue herauszulesen.

IV. W., 17 Jahre. Hat in letzter Zeit dem Vater trotz Ermahnung verschiedenes entwendet und sich von der Arbeit gedrückt. Neigt zum Lügen. Vater möchte etwas über den Geisteszustand wissen, wie weit er seinen Sohn für seine Vergehen haftbar machen kann.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Stiefvatertötung, 4. Gewehrspielerei, 5. Urkundenfälschung, 6. Fahrraddiebstahl, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Diebstähle beim Vater) zwischen 2 und 3.



„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Weil er es aufgegessen hat. Er hatte Hunger. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Weil er gelogen hat, weil er Fälschung gemacht hat. [Warum setzen Sie die Stiefvatertötung an dritte Stelle?] Er hat immerhin den Vater gehauen. [Warum ist es denn doch ein leichtes Vergehen?] Weil der Vater den Sohn und die Mutter immer geschlagen hat und betrunken war, da haute er den Vater. [Sie können das verstehen?] Ja, deshalb ist das nicht so schlimm. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer als die Stiefvatertötung?] Der Vater hat den Sohn gewarnt, er soll das Gewehr nicht anfassen, und das hat er doch gemacht. [War es denn mit Absicht geschehen?] Nein, aber es ist Ungehorsam. [Warum setzen Sie die Urkundenfälschung an 5. Stelle?] Es ist mehr Geld. (Weiter keine Gründe.) [Warum ist der Fahrraddiebstahl schlimmer?] Weil er dem Jungen das Fahrrad weggenommen hat. [Wie hat er sich denn dabei benommen?] Schlecht, er hat den Jungen schon lange beobachtet. [Warum setzen Sie den Raubmordversuch an letzte Stelle?] Er hat gestohlen und beinah totgemacht. [Wie nennt man das?] ? [Eigenes Vergehen zwischen 2. und 3. Warum?] Ich bin nicht zur Arbeit gegangen und habe gestohlen, aber ich habe keinen totgemacht.“

Intelligenzprüfung: Binet-Simon unvollständig (Abschnitt 6 u. 7 —). Schulkenntnisse sehr mangelhaft, die leichteren Unterschiedsfragen werden richtig beantwortet, die schweren teils unvollständig, teils falsch. Die Definition ethischer Begriffe ist mangelhaft. Von den vier Sprichwörtern werden zwei verstanden und richtig erklärt, die beiden anderen nicht. Die Kombinationsgabe ist schlecht, ebenso die Kritik absurder Sätze. Ein geistiger Defekt ist offensichtlich.

Die Motive des Semmeldiebstahls und der Portounterschlagung sind richtig unterschieden und die Schwere der Vergehen danach beurteilt. Auch die Begründung der an dritte Stelle gesetzten Stiefvatertötung ist, wenn auch etwas oberflächlich, doch ganz richtig. Er versteht es, daß der Sohn den Vater, der ihn und die Mutter immer gepeinigt hat, endlich schlägt, erkennt aber auch an, daß es eigentlich verboten ist, die Hand gegen die Eltern zu erheben. Daß er den Vater totgeschlagen hat, sieht er wohl als ungewolltes Unglück an und erwähnt es gar nicht. Die Gewehrspielerei erscheint ihm schlimmer als die Stiefvatertötung, weil der Sohn das strenge Gebot des Vaters überschritten hat. Der Ungehorsam wird von ihm als erschwerend empfunden, möglich, daß er dabei an sein eigenes Vergehen denkt und damit beweisen will, daß er seinen Ungehorsam bereut. Für die an 5. Stelle gesetzte Urkundenfälschung hat er außer dem höheren Wert keinerlei Gründe. Auch die Hinterlist des Fahrraddiebstahls erkennt er erst auf Hilfsfragen, ebenso wird der an letzter Stelle bewertete Raubmordversuch nur sehr mäßig beurteilt. Allein die Tatsachen werden festgestellt, die Beweggründe gar nicht erkannt. Sein eigenes Vergehen stellt er an die dritte Stelle, der Endeffekt der Stiefvatertötung hält ihn davon ab, sein Vergehen schwerer zu beurteilen.

Im ganzen kann man aus der Gesinnungsprüfung schließen, daß ein Mangel an sittlichem Verständnis vorhanden ist. Die beiden ersten Vergehen werden gut, das dritte mäßig gut beurteilt, aber sonst fehlt das tiefere Verständnis für die Beweggründe. Auch hier wieder

muß wohl ein gut Teil der Gefühllosigkeit, die sich aus der Beurteilung ergibt, auf die mangelhafte Intelligenz zurückgeführt werden.

Rettungshaus.

V. W., 13¾ Jahre. Mutter gestorben, Stiefvater war im Felde. Seit vorigem Jahre schwänzte der Junge die Schule, das Betragen in der Schule ließ viel zu wünschen übrig. Von der Koststelle entlief er, kam dann zu seinem Onkel in Pflege. Rückte von dort aus, nachdem er 15 M. gestohlen hatte. Wegen der Gefahr der Verwahrlosung ins Rettungshaus gebracht, ist er von dort bereits zweimal entlaufen.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Gewehrspielerei, 3. Stiefvatertötung, 4. Portounterschlagung, 5. Fahrraddiebstahl, 6. Unterschlagung und Urkundenfälschung, 7. Raubmordversuch.

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Er hatte Hunger, seine Mutter war nicht zu Hause. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer?] Sie hätten erst zusehen müssen, ob die Gewehre geladen waren. Es ist ein Ungehorsam, aber es ist ein Versehen. Der Junge hats nicht gewußt. [Warum setzten Sie die Stiefvatertötung an 3. Stelle?] Ein ordentlicher Sohn macht seinen Vater nicht tot. Aber es ist Notwehr. Er hätte seinen Vater nicht so doll würgen brauchen. Doch ist es nur aus Versehen geschehen. [Warum ist die Portounterschlagung ein schwereres Vergehen?] Der Junge hat direkt vernaschen wollen, er hat es gewollt, es ist mit Absicht geschehen. [Warum rechnen Sie den Fahrraddiebstahl schon zu den schwereren Vergehen?] Erst hat er ihm was vorgelogen und ihm das Rad gestohlen. Das Rad ist doch mehr wert als 50 Pf. Und das ist auch mit Absicht geschehen. [Wie ist denn das Vergehen ausgeführt?] Mit Schlauheit, er war hinterlistig, der andere war auch noch nicht so alt. [Warum ist die Unterschlagung der 1000 M. schlimmer?] Er hat das Vertrauen, das sein Herr zu ihm gefaßt hat, gebrochen, und hat den Zettel gefälscht, hat sich 1000 M. behalten. Das Rad ist nicht so viel wert. [Gibt es denn keine Entschuldigung?] Er wollte nach Amerika, er hätte sich das Geld auf ehrliche Weise verdienen müssen. [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Er hat den Juwelier bewußtlos geschlagen. Er muß dreist gewesen sein, das muß immer an der Straße gewesen sein, das hätten Leute sehen können; wenn er ihn noch doller geschlagen hätte, hätte er Raubmord verursacht. Der Mann hatte auch noch den Schaden dadurch, daß er ihm den Schlag versetzte. [Eigenes Vergehen zwischen 2 und 3.] Die Gewehrspielerei ist ein Versehen. Ich wollte meinem Onkel das Geld wegnehmen. Die Stiefvatertötung ist schlimmer, weil ich in der Stille das Geld weggenommen habe; als ich das gestohlen habe, war keiner zu Hause. Ich brauchte bloß hinzugehen und aus der Sparbüchse nehmen, er mußte seine Kraft anwenden, um den Stiefvater etwas zuleide zu tun."

Die einzelnen Vergehen sind ganz gut bewertet und begründet worden. Die Triebhandlungen sind leichter eingeschätzt, als die mit Absicht vollführten und vorbereiteten Verbrechen. Die einzelnen Motive sind gut herausgeschält worden. Auch die äußeren Nebenumstände sind gründlich in Betracht gezogen worden. Eine gewisse moralische Schön-





färberei, wie z. B. bei Beurteilung der 1000 M.-Unterschlagung: er wollte nach Amerika, er hätte sich das Geld auf ehrliche Weise verdienen können, liegt zweifellos manchmal vor. Bei der Beurteilung des Raubmordversuches ist alles berücksichtigt: Er versetzt sich in die Lage des Jungen mehr intellektuell hinein und hält die Tat für ziemlich dreist, da Leute es hätten sehen können. Selbst den pekuniären Schaden des Juweliers zieht er noch in Betracht. Ein gefühlsmäßiges Urteil über die Tat muß man vermissen. Sein eigenes Vergehen sucht er dadurch in ein besseres Licht zu setzen, daß er die günstigen Nebenumstände als Entschuldigung vorbringt; wahrscheinlich hält er es auch für eine Triebhandlung, denn sonst hätte er es ja auch hinter die Portounterschlagung setzen müssen.

Im ganzen läßt sich aus der Prüfung schließen: daß er eine für sein Alter gute Einsicht für Gut und Böse hat und sein sittliches Urteil gesund ist, während das tiefere ethische Gefühl bis jetzt öfters zu wünschen übrig läßt.

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 J. +.

Die sonstige Prüfung ergab: mäßige Schulkenntnisse bei guter Urteils- und Kombinationsfähigkeit. Die leichten und schweren Unterschiedsfragen werden gut beantwortet, die Definition ethischer Begriffe ist gut. Kritik absurder Sätze gut. Die Sprichwörter werden richtig verstanden und erklärt. Es handelt sich um einen intelligenten Jungen mit guter geistiger Regsamkeit.

VI. R., Frieda, $13^3/_4$ Jahre. Mutter beschränkt, mannstoll. Das Kind wurde von der Mutter zum Betteln ausgeschickt. Es hat die Schule entweder gar nicht oder sehr mangelhaft besucht. Mehrere Diebstähle. In einem Bäckerladen hat sie ein Brot weggenommen, ihren Schulkameradinnen Geld, Bücher und andere Sachen gestohlen. Von einem Wagen entwendete sie einer abreisenden Schneiderin eine lose Bluse. Wegen der üblen familiären Verhältnisse und der Gefahr der Verwahrlosung vom Rettungshaus übernommen. Die Bewertung der ihr vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Stiefvatertötung, 4. Gewehrspielerei, 5. Fahrraddiebstahl, 6. Unterschlagung und Urkundenfälschung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen zwischen 2. und 3. (Diebstahl der Bluse und des Geldes der Schulkameradinnen).

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Weil er aus Hunger stahl. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Er hätte die 50 Pf. abgeben sollen, es war Ungehorsam. Auch war er naschhaft. [Warum setzt Du die Stiefvatertötung an 3. Stelle?] Weil der Sohn den Vater totgemacht hat, das hätte er nicht gebraucht. [Was hätte er denn tun sollen?] Er hätte ihn bitten mögen, das er hätte nachlassen sollen. [Warum ist es denn doch noch ein leichtes Vergehen?] Weil der Vater solch ein Trinker war, er regte sich darüber auf, daß er die Mutter schlug. [Warum ist 4 schlimmer als 3?] Der Vater hatte es streng verboten, auch hat er den Freund totgeschossen. [Gibt es dafür keine Entschuldigung?] Es ist nicht mit Absicht geschehen. [Warum ist der Fahrraddiebstahl so zu verurteilen?] Weil er habgierig war und hinterlistig. Er hatte es mit Absicht getan, er paßte nur auf, bis der andere gerade wegsah. [Warum ist die Unterschlagung von 1000 M. noch schlimmer?] Das war raubgierig von ihm. Er hat seinen Chef betrogen. Auch



sind 1000 M. mehr wert. Es ist ein schweres Verbrechen. [Warum ist der Raubmordversuch am schlimmsten zu bewerten?] Dieser hätte arbeiten können und sich sein Geld verdienen können. Das ist Faulheit und Raubgier. Er hats mit Absicht getan." Das eigene Vergehen wird hinter die Portounterschlagung gesetzt, weil ihr Diebstahl größer ist, vor die Stiefvatertötung, weil er gemordet hat.

Intelligenzprüfung: Binet-Simon 12 J. +.

Die Schulkenntnisse sind ziemlich mangelhaft. Dagegen werden leichte und schwere Unterschiedsfragen gut beantwortet, auch die Definition ethischer Begriffe ist zufriedenstellend. Von den Sprichwörtern werden zwei richtig verstanden und erklärt, zwei nicht. Die Kombinationsgabe ist leidlich, die Kritik absurder Sätze gut. Dem Alter nach gute geistige Regsamkeit mit ziemlich mangelhafter Schulbildung. Die Bewertung und Begründung der einzelnen Vergehen ist eine gute. Auch hier sind die Motive gut erkannt und gewürdigt. Alles wird von verschiedenen Seiten aus beleuchtet. Die habgierige Hinterlist des Fahrraddiebes wird ebenso verurteilt als die Faulheit und Raubgier des Räubers. Bei der Begründung des Raubanfalles vermißt man auch hier ein tieferes Mitgefühl mit dem alten Mann und größeren Abscheu vor der Gemeinheit der Tat. Im ganzen hat sie wohl ein gutes sittliches Verständnis, das sie befähigt, das Schlechte vom Guten zu unterscheiden.

VII. H., 13 Jahre. Mittelmäßiger Schüler, in der 2. Abteilung der 1. Kl. des Rettungshauses. Sah von der Straße aus in einem Laden eine Damenuhr liegen, es war niemand im Laden. Er ging hinein und nahm die Uhr weg. Ein anderer Junge war dabei, dem er die Uhr dann gab, weil dieser ihm mit Anzeige drohte. Einmal aus der Anstalt entwichen. Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Fahrraddiebstahl, 4. Gewehrspielerei, 5. Unterschlagung und Urkundenfälschung, 6. Stiefvatertötung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Diebstahl einer Uhr) zwischen 2. und 3.

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Er hätte nicht so viel gestohlen; weil er solchen Hunger hatte, mußte er stehlen. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Dieser hat schon wieder mehr gestohlen. Der andere hat es nur aus Hunger getan. Dieser hat es vernascht. [Warum ist der Fahrraddiebstahl schlimmer?] Weil das Fahrrad mehr wert ist als 50 Pf. Und er hat den Jungen noch betrogen. Er hat seinen Nächsten belogen und betrogen und ist mit falschem Schein vorgegangen. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer zu beurteilen, als der Fahrraddiebstahl?] Der Junge hat seinem Vater nicht gehorcht, hat aber nicht gestohlen. Er hat nicht gewußt, daß das Gewehr geladen ist, aber er hat getötet. [Warum rechnest Du die 1000 M.-Unterschlagung zu den schwereren Vergehen?] Der Junge hat 1000 M. gestohlen und seinen Herrn betrogen und was Falsches aufgeschrieben. Hat seinen Chef und die Bank betrogen. [Warum ist die Stiefvatertötung schlimmer als die Unterschlagung?] Der Junge hat einen Mord begangen. [Gibt es da keine Entschuldigung?] Weil der Vater seine Mutter geschlagen und er in Wut geriet. Aber im fünften Gebot steht: Du sollst nicht töten. [Was hätte er denn tun sollen?] Er hätte aufs Gericht gehen



sollen. [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Dieser Junge hätte beinahe einen Mord begangen. Er wollte nicht arbeiten. Der alte Mann konnte sich nicht wehren. Er wollte ihm die Uhren wegnehmen. [Eigenes Vergehen zwischen 2. und 3. Warum?] Ich hab' auch gestohlen, ich habe mehr Geld gestohlen. Der hat sich das Fahrrad gestohlen, ich war nicht so hinterlistig, das mag ein neues Fahrrad gewesen sein. Und das kostet mehr als das, was ich gestohlen habe."

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 J.

Schulkenntnisse mäßig. Definition ethischer Begriffe gut. Beantwortung der leichteren Unterschiedsfragen geschickt. Der schwereren nicht ganz erschöpfend. Sprichwörter werden bis auf eins (Morgenstunde) richtig verstanden und erklärt. Kombinationsgabe mäßig: leichteres Beispiel wird teilweise falsch, schwereres noch schlechter ergänzt. Merkfähigkeit mäßig. Kritik absurder Sätze gut. Gesamturteil: Mittelmäßige Intelligenz mit etwas schwerfälligem Denken. — Bei der Verwertung der Vergehen war er sich längere Zeit nicht einig. Semmeldiebstahl und Portounterschlagung sind gut unterschieden. Die Hinterlist des Fahrraddiebes wird richtig erkannt. Das Verbot des Vaters stark betont, offenbar beeinflußt ihn der böse Ausgang. Bei der Urkundenfälschung wird auch der Schaden der Bank in Erwägung gezogen. Die Stiefvatertötung wird all zu schwer eingeschätzt, zum ersten Male wird ein religiöses Moment herangezogen: das fünfte Gebot. Die Übertretung des Gebotes läßt keine Entschuldigung aufkommen. Hier hat wohl der Prüfling angenommen, er würde auf seine Kenntnisse im Religionsunterricht geprüft und deshalb sein Urteil so hart abgegeben. Bei der Begründung des Raubmordversuches, läßt sich aus den Worten ein echtes Mitgefühl mit dem alten Manne herauslesen. Die Beurteilung seines eigenen Vergehens ist verständlich.

Die Begründung ist nicht immer tiefgehend, doch mag dieses auf ein manchmal nicht richtiges Verständnis und auf sein Alter zurückzuführen sein. Wenn auch oft ein tieferes Gefühl hindurchscheint, so kann man doch aus der Gesinnungsprüfung entnehmen, daß er noch nicht ganz sicher in der Bewertung von Gut und Böse ist.

VIII. J., 13 Jahre. Uneheliches Kind, wurde im Hause der Großeltern erzogen, nach Mitteilung des Schulleiters verlogen, verschlagen, frech und faul. Einem Tischlermeister stahl er drei Uhren, auch seine eigenen Pflegeeltern bestahl er. Aus dem Rettungshaus entwich er mehrmals, trieb sich dann unter falschem Namen in der Umgebung herum.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Gewehrspielerei, 3. Portounterschlagung, 4. Fahrraddiebstahl, 5. Urkundenfälschung und Unterschlagung, 6. Stiefvatertötung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen zwischen 4. und 5. (Diebstahl von drei Uhren).

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Der kann sich wieder entschuldigen, das ist nicht so schlimm, er hat sich nicht alle genommen. Der Hunger trieb ihn dazu. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer?] Er hat nichts gestohlen, es ist aus Versehen geschehen. Der Vater hätte die Stube verschließen können. [Wieso setzt Du die Portounterschlagung an 3. Stelle?] Er hat das Geld gestohlen und

vernascht. Das hat er mit Willen getan. [Wieso ist der Fahrraddiebstahl schlimmer?] Er hat dem Jungen das Rad mit Habgier weggenommen. Das Rad ist auch mehr wert. [Warum ist die 1000 M.-Unterschlagung ein größeres Verbrechen?] Er hat es gewußt, daß er mit dem Geld das gemacht hat. Er hat das Gebot seines Herrn übertreten. Dieser hat ihm sein Vertrauen geschenkt, aber er war nicht belohnt worden. [Warum rechnest Du die Stiefvatertötung zu den schweren Vergehen?] Er hat seinen Vater gewürgt und getötet. [Entschuldigungsgründe?] Er hat dabei keinen Raub begangen. Der Vater hat die Mutter und ihn mißhandelt. [Entschuldigst Du die Wut des Jungen?] Nein. Er hätte es eben bedenken müssen. Er hätte dem Vater gut zureden sollen. [Wenn das nichts geholfen hätte?] Dann hätte er aufs Gericht gehen sollen oder aufs Rathaus. [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Der Junge hat Raub und Mordversuch begangen. Er hatte gewußt, daß er keine Uhren kaufen werde. Er ist hinterlistig, denn er hat den Mann angeführt. [Eigenes Vergehen zwischen Fahrraddiebstahl und Unterschlagung von 1000 M.] Ich habe es mit Absicht getan. Meins ist schlimmer als der Fahrraddiebstahl, weil ich mehrmals gestohlen habe. [Warum ist die Unterschlagung schlimmer?] Ich hab keine 1000 M. gestohlen."

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 J. +.

Schulkenntnisse sehr mäßig, besonders in der Geschichte. Leichtere Unterschiedsfragen werden geschickt beantwortet. Der Unterschied von Irrtum und Lüge wird nicht erschöpfend, aber dem Alter nach zufriedenstellend erklärt, der Unterschied von Strafe und Rache wird gut definiert. Die Definition ethischer Begriffe ist gut, ebenso die Erklärung sämtlicher Sprichwörter. Die Kombinationsgabe ist zufriedenstellend, die Kritik absurder Sätze ist gut. Es handelt sich um einen mittelmäßig intelligenten Jungen.

Die Bewertung der Vergehen und ihrer Begründung ist bis auf die Stiefvatertötung eine gute. Zwar findet sich in den Urteilen mehr Vernichtendes als Verzeihendes, doch erkläre ich mir dies so, daß er in dem Glauben war, sich durch die Verurteilung der Vergehen in ein besseres Licht setzen zu können. Dies fiel mir besonders bei der Kritik der Stiefvatertötung auf. Trotzdem ich mehrmals nach Entschuldigungsgründen fragte, wollte er die Wut des Jungen nicht verzeihen, wenn er auch zugab, daß der Junge keinen Mord begangen, und daß der Vater die Mutter und ihn mißhandelt hatte. Sonst sind die verschiedenen Vergehen ganz gut von mehreren Seiten aus, wenn auch oft mehr mit dem Verstand als dem Gefühl betrachtet worden. Bei der Beurteilung des Fahrraddiebstahls betont er gut den Vertrauensbruch. Die Beurteilung des eigenen Vergehens ist verständlich. Trotzdem, wie gesagt, sowohl die Intelligenzprüfung als auch die Gesinnungsprüfung das Bestreben offensichtlich machte, sich keine Blöße zu geben, muß man doch annehmen, daß das sittliche Fühlen des Jungen ein richtiges ist, die manchmal oberflächliche Beurteilung und Unfähigkeit, sich in die tieferen Seelenkonflikte hineinzuleben, schreibe ich seinem jugendlichen Alter zu.





IX. Gr., 13 Jahre. Beide Eltern gestorben. Kam dann in ein Kostkinderhaus. Hier zeigte er sich verlogen und ungezogen, auch hat er sich mehrere Male Diebstähle zuschulden kommen lassen. Er ist öfters entwichen und hat sich dann herumgetrieben.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Gewehrspielerei, 4. Fahrraddiebstahl, 5. Unterschlagung und Urkundenfälschung, 6. Stiefvatertötung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen zwischen 2. und 3. (mehrere kleine Diebstähle). Stellte zuerst 6 vor 5.

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Das kann oft vorkommen, weil der Junge es aus Hunger getan hat. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Die zwei Semmeln sind nicht so viel wert. Und der Junge hatte Lust, sich was zu kaufen. Er konnte sich bei seinem Chef entschuldigen, der hatte Vertrauen zu ihm. [Warum setzt Du die Gewehrspielerei an dritte Stelle?] Der Förster hat es verboten, der Junge hat auf den Befehl nicht geachtet. Doch ist es ein leichteres Vergehen, das kann mal vorkommen, er konnte nichts dafür, er hat ihn aus Versehen erschossen. [Warum ist der Fahrraddiebstahl schlimmer?] Es ist mehr wert als die 50 Pf., es ist ein größeres Verbrechen. Der Junge hats gewußt, daß er hat stehlen wollen. [Warum rechnest Du die Stiefvatertötung zu den schwereren Verbrechen?] Der Junge hat den Vater erwürgt. [Gibt es keine Entschuldigung dafür?] Man darf keinen Mord begehen. [Gibt es wirklich keine Entschuldigung dafür?] Nein, das hätte er nicht tun dürfen, er hätte ihn bei Gericht anzeigen sollen. [Warum ist die Unterschlagung von 1000 M. schlimmer?] Sein Chef hat ihm schon lange Zeit so großes Vertrauen geschenkt, und nun macht er es so. [Ist denn das Vergehen schlimmer als die Stiefvatertötung?] Nein, es ist schlimmer, wenn man einen ermordet, als 1000 M. stehlen. (Setzt es nun davor.) [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Das ist ein Raub, er wollte gar nichts kaufen. [Wie ist denn die Tat vollbracht?] Mit Absicht. Er hat es gewußt, daß er einen totschlagen wollte. [Eigenes Vergehen zwischen 2. und 3.] Ich hab mehr gestohlen als 50 Pf. Der Junge hat einen totgeschossen. Ich habe keinen totgeschossen."

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 J. +.

Die Schulkenntnisse sind zufriedenstellend. Die Definition ethischer Begriffe ist gut. Die leichteren Unterschiedsfragen werden geschickt beantwortet. Unterschied zwischen Irrtum und Lüge nicht erschöpfend, zwischen Strafe und Rache besser. Die Sprichwörter werden sämtlich gut erklärt. Die Kombinationsgabe ist gut. Das leichte und schwere Beispiel werden gut ergänzt. Die Aufmerksamkeit und Kritik absurder Sätze ist gut. Der Junge ist von lebhafter geistiger Regsamkeit. Auch hier hat wieder die Beurteilung der Stiefvatertötung Schwierigkeiten gemacht. Das Motiv des Semmeldiebstahls wird gut erkannt und unterschieden von dem der Portounterschlagung. Ebenso das Unabsichtliche der Gewehrspielerei. Bei der Beurteilung des Fahrraddiebstahls vermißt man eine Erwähnung der Hinterlist, dafür wird der größere Wert und die Absicht betont. Über die Beurteilung der Stiefvatertötung und der Urkundenfälschung war er sich längere Zeit nicht klar, bis er

endlich unter völliger Verkennung der Tatsachen die Stiefvatertötung als Mord dahinter setzte. Auch wird der Vertrauensbruch bei der Unterschlagung gut betont. Motive sind nicht erwähnt. Der Raubmordversuch ist richtig bewertet, aber ziemlich oberflächlich begründet, nur die Absicht wurde hervorgehoben. Auch hier keine Berücksichtigung der gemeinen und niederträchtigen Art der Ausübung des Verbrechens. Die Beurteilung des eigenen Vergehens geschieht nach rein äußerlichen Gesichtspunkten. Die Bewertung und die manchmal oberflächliche Begründung dieses Beurteilers hat mit der des vorigen große Ähnlichkeit, beide haben die tieferen Ursachen der Stiefvatertötung nicht herauslesen und verstehen können. Auch in diesem Falle ist das Alter wohl hauptsächlich dafür verantwortlich zu machen. Da G. auch bei der Beurteilung der anderen Vergehen nicht ganz fest blieb, muß man schließen, daß er wohl eine Einsicht für Gut und Böse hat, daß aber sein sittliches Gefühl noch nicht ganz gekräftigt ist, ebenso sein Verständnis für tiefere Seelenkonflikte.

X. B., 16 Jahre. Uneheliches Kind, bei seiner Großmutter in Pflege, stahl ihr 3 M., später benutzte er ihre Abwesenheit, um sich aus der verschlossenen Kommode ein Sparkassenbuch anzueignen, mit demselben zur Bank zu laufen und 10 M. davon abzuheben. Das entwendete Geld hat er zum größten Teil für Näschereien ausgegeben. Auch sein freches und aufsässiges Benehmen wurde getadelt. Später stahl er bei einem Erbpächter, bei dem er in Stellung war, 32 Hühner und erhielt dafür 10 Tage Gefängnis, die ihm auf dem Gnadenwege erlassen wurden.

Die von ihm abgegebene Bewertung der Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Fahrraddiebstahl, 4. Gewehrspielerei, 5. Unterschlagung und Urkundenfälschung, 6. Stiefvatertötung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Diebstahl von 32 Hühnern) zwischen 3. und 4.

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Die Semmeln haben nicht so großen Wert. Er hätte den Bäcker fragen können, ob er die Semmeln bekommen könnte. Aber er hatte Hunger. Auch war er so jung. [Warum ist die Veruntreuung der 50 Pf. schlimmer?] Der Junge kann schon wissen, was er tat. Er hat seinen Herrn betrogen. Er wollte sich was zu naschen kaufen. [Warum setzt Du den Fahrraddiebstahl an 3. Stelle?] Das Rad hat wieder mehr Geld gekostet. Der Junge hat es gestohlen. [Wie nennt man wohl solch Benehmen?] Frech. [Wie nennt man das, wenn man einem was vorredet und verschwindet dann?] Er hat's dem Knaben gestohlen. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer?] Er hat sich gegen seinen Vater versündigt. Der Vater hat's verboten. Er hat seinen Freund damit totgemacht. Doch hat er es unbewußt getan. [Warum rechnest Du die Unterschlagung der 1000 M. zu den schwereren Vergehen?] Weil er seinen Chef betrogen hat und eine Unterlassungssünde begangen hat. Er hat die 1000 M. unterschlagen, um damit wegzureisen. [Warum ist die Stiefvatertötung noch schlimmer?] Er hat seine Wut gegen seinen Vater ausgelassen. Er hat seinen Vater ermordet. [Ist denn das ein Mord?] Nein, er wollte ihn nicht töten. Aber er hätte ihn bitten sollen, er solle es nachlassen, er solle vernünftig sein. [Wenn das nichts geholfen hätte?] Dann hätte er weggehen müssen.



[Gibt es denn gar keine Entschuldigung für das Vergehen weiter?] Nein. [Warum ist der Raubmordversuch das schlimmste Vergehen?] Weil er einen Raub begangen hat und den Juwelier halb totgeschlagen hat und mehrere Uhren gestohlen, um sich Geld zu verschaffen. [Eigenes Vergehen zwischen 3. und 4.] Das Fahrrad hat nicht so viel Wert, als was ich gestohlen habe. Die Gewehrspielerei ist schlimmer, weil ich keinen getötet habe."

Intelligenzprüfung: Binet-Simon 12 J. +.

Die Schulkenntnisse sind recht gute. Die Unterschiedsfragen werden richtig und geschickt beantwortet. Auch die Unterschiede zwischen Irrtum und Lüge und Strafe und Rache werden klar hervorgehoben. Die Definition ethischer Begriffe ist eine recht gute. Die Sprichwörter werden sämtlich geschickt erklärt. Die Kombinationsgabe ist recht lebhaft. Die Kritik absurder Sätze schnell und sicher. Es handelt sich um einen recht intelligenten Jungen.

Das Motiv des Semmeldiebstahls wird gut erkannt. Eine gewisse Überfrommheit spricht aus seinen Worten. Er hätte den Bäcker fragen sollen. Das hätte er selbst nach dieser Anamnese nicht getan, auch ohne Hunger zu verspüren. Die Naschhaftigkeit bei der Portounterschlagung wurde erkannt, dagegen trotz Hilfsfragen nicht die Hinterlist des Fahrraddiebes. Die Begründung der Gewehrspielerei ist ausgiebig, die Motive, die den Jungen zur Unterschlagung geführt haben, werden nicht herausgefunden. Auch für die Auffassung der Stiefvatertötung fehlt das nötige Verständnis: Er hat seine Wut an dem Vater ausgelassen. Er hat ihn ermordet. Von Mitleid mit der Mutter oder Empörung gegen den Trunkenbold findet man nichts. Die Beurteilung des eigenen Vergehens geschieht ganz nach äußerlichen Gesichtspunkten, ebenso die des Raubmordversuches.

Dem Alter und auch besonders der Intelligenz nach müßte man mehr Verständnis für die Motive erwarten. Gerade da, wo es darauf ankommt, sich in die Seelenverfassung des Verbrechers hineinzuversetzen, wie beim Fahrraddiebstahl und der Stiefvatertötung, versagt er vollständig. Auch der Raubmordversuch ist sehr kühl ohne großes Mitgefühl beurteilt worden. Wenn auch die gröbere Einsicht für Gut und Böse vorhanden ist, so fehlt doch ein tieferes sittliches Fühlen, die wirklich tiefwurzelnde gute Gesinnung.

XI. Kr., Gertrud, 17 J. Vater war dreimal verheiratet, viele Kinder im Hause, sind oft von der Stiefmutter mißhandelt worden, kamen dann in Fürsorge. K. kam dann zu einem Pastor in Stellung, stahl, was ihr in die Finger kam, Wäsche, Geld, Schuhe usw., brach die Speisekammer auf, war faul und lügenhaft. Kam wieder in die Fürsorge zwecks strengerer Zucht und Bewachung.

Die Bewertung der ihr vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Gewehrspielerei, 2. Portounterschlagung, 3. Semmeldiebstahl, 4. Fahrraddiebstahl, 5. Stiefvatertötung, 6. Urkundenfälschung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Diebstahl bei dem Pastor) zwischen 3. und 4.

„[Warum ist die Gewehrspielerei das leichteste Vergehen?] Sie waren unvorsichtig, der Vater sagte, sie sollten nicht mit den Gewehren spielen. Sie hatten nicht den Wunsch, sich gegenseitig zu töten. Es ist



eine Unvorsichtigkeit. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Er brauchte nicht zu naschen. Doch kann er sich wieder zusammennehmen und nicht wieder naschen. [Warum setzen Sie den Semmeldiebstahl an 3. Stelle? Das ist schon ein Diebstahl. Er hat es aus Hunger getan. [Warum ist der Fahrraddiebstahl schlimmer?] Weil er den anderen betrogen hat. Er war hinterlistig. Er tat erst so, als ob er es dem andern zeigen wollte. Das hat er mit Absicht getan. Das brauchte er nicht aus Not zu tun. Das Fahrrad ist auch teurer. [Warum setzen Sie die Stiefvatertötung hinter den Fahrraddiebstahl?] Weil er seinen Vater totgemacht hat. [Gibt es denn keine Entschuldigung dafür?] Der Junge wollte seiner Mutter helfen. Aber er brauchte ihn nicht zu töten. [Was hätte er denn tun sollen?] Er hätte seinem Vater das Geld abnehmen sollen. Oder ihm gut zureden sollen. Oder er hätte ihn einsperren sollen, aber er hat ihn totgemacht. [Warum ist die 1000 M.-Unterschlagung zu den schwereren Vergehen zu rechnen?] Er hat sich 1000 M. gestohlen. Weil es noch mehr ist als das Naschen und die Unvorsichtigkeit und das Fahrrad. Er hatte die 1000 M. nicht nötig. [Warum ist der Raubmordversuch das schlimmste Vergehen?] Weil er die Absicht hatte, er wollte den Juwelier totmachen. Das war die Habsucht. Er wollte dem Mann Schaden zufügen. [Eigenes Vergehen zwischen 3. und 4. Warum?] Weil meine Schuld größer ist, ich hätte das nicht tun sollen. Er hatte Hunger. Das Fahrrad kostet mehr als ich gestohlen habe, auch ist er hinterlistiger."

Intelligenzprüfung: Binet-Simon 12 J. +.

Die Schulkenntnisse, besonders in der Geschichte, sind recht gute, die Beantwortung der leichten und schweren Unterschiedsfragen erfolgt schnell und geschickt, die Definition ethischer Begriffe ist richtig, die Beispiele sind aber ziemlich oberflächlich (Sorge gleich um Feuerung, Kleidung) gewählt. Die Sprichwörter werden richtig erklärt und verstanden. Die Kombinationsgabe ist recht gut. (Leichtes und schweres Beispiel werden schnell und richtig ergänzt.) Ebenso die Kritik absurder Sätze. Es handelt sich um ein intelligentes Mädchen mit schneller Auffassungsgabe.

Die Gewehrspielerei wird als Unvorsichtigkeit an erste Stelle gesetzt. Dem Verbot des Vaters wird nicht viel Wert beigelegt, die Portounterschlagung wird in ihrem Motiv erkannt, doch leichter eingeschätzt als der Semmeldiebstahl, weil dieser eben ein Diebstahl ist. Es wird zwar hinzugesetzt, daß der Beweggrund Hunger war, doch gilt ihr dies nicht als ein stichhaltiger Entschuldigungsgrund. Vielleicht vermutet sie in ihm eine Falle, da sie selbst häufig aus der Speisekammer Lebensmittel entwendet hat, und fühlt sich demnach verpflichtet, dieses Vergehen schwerer einzuschätzen. Beim Fahrraddiebstahl ist der Wert und die Hinterlist gut hervorgehoben, bei der Stiefvatertötung hat sie wohl die Einsicht, daß der Sohn seiner Mutter helfen wollte, aber er durfte den Vater nicht töten, diese besinnungslose Wut erscheint ihr unverständlich; das mag daran liegen, daß sie durch die zahllosen Mißhandlungen zu Hause selbst abgestumpft oder bei ihrem Temperament von vornherein nicht sehr davon berührt wurde. Die Beurteilung des Fahrraddiebstahls geschieht nach rein äußerlichen Gesichtspunkten, die Motive des Raubmordversuches sind richtig erkannt, doch ohne einen großen Aufwand von

Gefühl geschildert. Aus der Beurteilung ihres Vergehens läßt sich Reue herauslesen: Weil meine Schuld größer ist, ich hätte das nicht tun sollen. Die Bewertung ist verständlich.

Intellektuell sind die einzelnen Vergehen von verschiedenen Seiten aus gut betrachtet. Ein Mangel an seelischem Verstehen, an gefühlsmäßigen Äußerungen in entschuldigender oder verurteilender Hinsicht fällt manchmal auf. Die sittliche Einsicht ist sehr wohl vorhanden, doch das sittliche Fühlen im wahren Sinne des Wortes läßt häufig zu wünschen übrig.

XII. Br., 13 Jahre. Vater war Tagelöhner bei der Gutsobrigkeit. Starb. Der Junge fiel der Gutsobrigkeit als Ortsarmer zu. Machte durch den Mangel an Aufsicht viele dumme Streiche. Kam ins Rettungshaus. Dort entwich er mehrmals. Er hat einen starken Hang zum Herumtreiben und zur Aneignung fremden Eigentums.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Gewehrspielerei, 3. Portounterschlagung, 4. Stiefvatertötung, 5. Fahrraddiebstahl, 6. Urkundenfälschung und Unterschlagung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Unterschlagung von etwa 8 M. in der Anstalt) zwischen 3. und 4.

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Er hatte den ganzen Tag nichts zu essen. Hat's aus Hunger getan. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer?] Sie haben das aus Dummheit getan. [Hat's der Vater nicht verboten?] Die Jungen sind ungehorsam gewesen, sie haben aber nicht gewußt, daß die Gewehre geladen sind. [Warum setzt Du die Portounterschlagung an 3. Stelle?] Dieser hat es mit Willen getan, die anderen aus Dummheit. Es ist doch nicht viel, was er vernascht hat, nur 50 Pf., aber er hat betrogen. [Warum rechnest Du die Stiefvatertötung noch zu den leichteren Vergehen?] Er konnte nichts dafür, daß er seinen Stiefvater erwürgt hat. Er war in große Not geraten, da der Stiefvater die Mutter und ihn immer schlug. Der Stiefvater hat mehr schuld, als der Junge. Er war in Wut geraten und hat ihn ohne Absicht getötet. [Warum rechnest Du den Fahrraddiebstahl schon zu den schwereren Vergehen?] Der 16jähr. Junge hat ihm das Rad abgelauert. Dies hat er mit Absicht getan. Er ist ein großer Dieb, er hat den Jungen belogen. [Warum ist die 1000 M.-Unterschlagung schlimmer?] Er hat das Formular verfälscht und seinen Chef um 1000 M. betrogen. Dieses hat er auch mit Absicht getan. Auch ist es mehr. [Ist sein Vergehen nicht zu entschuldigen?] Nein. [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Er hat den alten Mann mit List bewußtlos geschlagen. In dem Augenblick hat er noch Uhren weggenommen. [Eigenes Vergehen zwischen Portounterschlagung und Stiefvatertötung. Warum?] Ich habe mehr als 50 Pf. gestohlen, ich hab' aber dabei nicht getötet."

Intelligenzprobe: Binet-Simon 12 J. +.

Die Schulkenntnisse sind recht gut, die Unterschiedsfragen, auch die schweren, werden geschickt und richtig beantwortet, die Definition ethischer Begriffe ist gut, ebenso die Erklärung der Sprichwörter. Die Kombinationsgabe ist außerordentlich entwickelt, das leichte und schwere Beispiel werden spielend ergänzt. Die Kritik absurder Sätze erfolgt schnell und trifft sofort das Wesentliche. Es handelt sich um einen über seine Jahre hinaus sehr intelligenten Jungen.



Die Bewertung der Vergehen und ihre Begründung ist wohl eine der besten überhaupt. Die Motive sind gut herausgeschält und gegeneinander abgewogen. Der Semmeldiebstahl ist das leichteste Vergehen: Er hatte eben den ganzen Tag nichts zu essen. Die Gewehrspielerei wird nur als Dummheit angesehen, trotzdem der Ungehorsam erkannt wird, erscheint er ihm doch nicht so sehr verurteilenswert, wie der Betrug des Jungen, der die 50 Pf. gestohlen hat. Bei der Stiefvatertötung versetzt er sich gut in die Seelenverfassung des Attentäters hinein, er versteht es, daß die lange aufgestapelte Wut endlich mal zum Ausbruch kommen mußte, er hält den Stiefvater für schuldiger als den Jungen, denn dieser hat ja durch sein Benehmen das ganze Unheil heraufbeschworen. Die Hinterlist des Fahrraddiebes wird recht bezeichnend geschildert: Er hat ihm das Rad abgelauert. Bei der Bewertung der Unterschlagung sind mehr äußerliche Momente entscheidend, für die Motive findet er keine Entschuldigung. Der Raubmordversuch wird mit wenigen Worten bezeichnend verurteilt: Er hat den alten Mann mit List bewußtlos geschlagen, in dem Augenblick hat er auch noch Uhren genommen. Vieles kann man aus diesen Worten herauslesen: Das Mitleid mit dem alten Mann, die Abneigung gegen die Hinterlist und Kaltblütigkeit, mit der der Junge im Augenblick der Tat nach den Uhren griff. Das eigene Vergehen wird richtig bewertet.

Nach dieser Gesinnungsprüfung müßte man annehmen, daß das sittliche Fühlen des Jungen ein recht gutes und gründliches ist, daß er ein gutes Verständnis für die Seelenkämpfe der verschiedenen Attentäter hat und scharf das Gute vom Bösen zu trennen vermag. Daß diese Einsicht ihn aber nicht immer vor neuen Dummheiten und Vergehen schützt, das beweist die Anamnese und die später folgende Beurteilung des Anstaltsinspektors.

XIII. R., 22 Jahre, landwirtschaftlicher Arbeiter.

Normale Entwicklung. In der Schule schwer gelernt. Bis heute Bettnässer. In 5 Jahren fünf Stellungen. Angeblich immer wegen Bettnässens entlassen. Brotherrn wären mit der Arbeit zufrieden gewesen. Mehrmals Wäschediebstähle aus sexuellen Motiven ausgeführt. Fetischist, bekommt beim Anblick von Frauenwäsche Gelüste. 1917 Raubanfall, sexuelle Begierden werden geleugnet, er hat nur Geld haben wollen, um sich Essen zu kaufen. Sieht das Vergehen seiner geschlechtlichen Begierden ein, hat aber angeblich Angst vor Geschlechtskrankheiten. Macht sonst einen gutmütigen Eindruck.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Semmeldiebstahl, 2. Portounterschlagung, 3. Fahrraddiebstahl, 4. Gewehrspielerei, 5. Stiefvatertötung, 6. Urkundenfälschung und Unterschlagung, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Wäschediebstahl) zwischen 3. und 4.

„[Warum ist der Semmeldiebstahl das leichteste Vergehen?] Der Junge ist gezwungen gewesen, sich Essen zu verschaffen. Zwei Semmeln sind 6 Pf. wert. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Weil es 50 Pf. sind und der Junge 12 Jahre alt ist. Er kann schon mit Gefängnis vorbestraft werden. Das erste, das ist Mundraub, wird nicht so bestraft, das zweite ist Diebstahl. [Warum setzen Sie den Fahrraddiebstahl an 3. Stelle?] Ist auch Diebstahl. Auch das Alter ist höher. Das Fahrrad



hat mehr Geld gekostet. Weil ers dem andern einfach aus der Hand gerissen hat. [Auf welche Art?] Mit Betrug, weil der andere mal weggeguckt hat. [Warum ist die Gewehrspielerei schlimmer als der Fahrraddiebstahl?] Ein Mord wird schwerer bestraft. [Ist das denn Mord?] Wenn ich einen totmache, ist das Mord. [Warum ist 5 schwerer als 4?] Weil das noch Schulkinder gewesen sind; der andere war schon erwachsen. [Was ist noch für ein Grund?] Weiß keinen. Sind beide fast gleich schwer. Das ist Urkundenfälschung, dann das Alter. Das wird mit Zuchthaus bestraft, und weil er noch obendrein ausgerückt ist. [Sie sagten, beide vorhergehenden Vergehen wären Mord, warum ist die Urkundenfälschung schlimmer?] Weil sie ihn noch gesucht haben und haben ihn nicht gefunden. [Warum ist denn der Raubanfall das schwerste Vergehen?] Weil er verschiedene Uhren gestohlen hat und den Juwelier mit dem Gegenstand geschlagen hat. [Eigenes Vergehen zwischen 3. und 4. Warum?] Es kommt darauf an, wieviel Wäsche ich gestohlen habe, für 58 M. [Worauf kommt es noch an?] Was es ist. [Warum setzen Sie Ihr Vergehen gerade zwischen 3 und 4.?] Meins ist Diebstahl und das andere ist Mord. Meins ist schlimmer als der Fahrraddiebstahl, weil ich schon vorbestraft bin."

Intelligenzprüfung: Binet-Simon 11 J. unvollständig (Abschnitt 7 —).

Die Intelligenzprüfung ergibt verhältnismäßig gute Schulkenntnisse, die einfachen Unterschiedsfragen werden richtig beantwortet, schwere (Irrtum und Lüge) fehlerhaft, Strafe und Rache gar nicht, das Verständnis und die Erklärung der Sprichwörter ist mangelhaft. Die Antworten erfolgen langsam und schwerfällig. Ein geistiger Defekt, besonders eine auffallende Urteilsschwäche besteht, worin auch die Familienanamnese bestärkt.

An erster Stelle nennt R. den Semmeldiebstahl, er würdigt die Not, auch betont er den geringen Wert; die Portounterschlagung hält er für schwerer, weil der Junge älter und der Wert größer ist. Interessant ist seine genaue Kenntnis gesetzlicher Strafen: Er kann in dem Alter schon mit Gefängnis vorbestraft werden. Der Fahrraddiebstahl erscheint ihm schwerer, weil das Alter höher und der Wert des Rades erheblicher ist. Die Hinterlist erkennt er erst auf Hilfsfrage, die Gewehrspielerei erscheint ihm als Mord, aber auch deshalb schwerer, als der Fahrraddiebstahl, weil sie angeblich schwerer bestraft wird. Die Stiefvatertötung ist mehr zu verurteilen, weil der Sohn schon erwachsen ist, während es bei der Gewehrspielerei Schulkinder sind. Einen weiteren Grund weiß er nicht anzugeben, Motive werden gar nicht herausgeschält, beide Handlungen sind eben gleich ausgegangen, und beide sind deshalb seiner Meinung nach gleich schwer zu beurteilen. Die Urkundenfälschung hält er, trotzdem er vorher den Endeffekt, den Tod, besonders hervorgehoben hat und nochmals darauf aufmerksam gemacht wurde, für ein schwereres Vergehen. Er betont das Alter und auch wieder die Bestrafungsaussichten, weil auf Urkundenfälschung Zuchthaus steht. Der Grund: Weil sie ihn noch gesucht haben und haben ihn schließlich nicht gefunden, ist schwer zu verstehen. Bei dem Raubmordversuch muß man wieder gemütliche Anteilnahme vermissen, die Begründung, „weil er den Juwelier mit dem Gegenstand geschlagen hat und verschiedene Uhren gestohlen hat", ist ziemlich

dürftig. Sein Vergehen stellt er hinter den Fahrraddiebstahl, hier sind auch wieder rein äußerliche Gesichtspunkte maßgebend. Es kommt darauf an, wieviel Wäsche ich gestohlen habe. Auch hier wieder die Abwägung der gerichtlichen Strafaussichten: Mein Vergehen ist deshalb schlimmer als der Fahrraddiebstahl, weil ich schon mal vorbestraft bin.

Aus der Gesinnungsprüfung geht hervor, daß R. ein erhebliches Manko an Gefühl aufweist und in bezug auf ethische Bewertung über die verschiedenen Vergehen sehr oberflächlich geurteilt hat. Die geringen Vergehen hat er als solche gut erkannt, unterschieden und auch begründet, doch bei der Beurteilung der Stiefvatertötung und Gewehrspielerei hat er vollständig versagt. Rein äußerlich, ohne jedes Verständnis für die Beweggründe sieht er nur den Tod als Schlußeffekt der beiden Vergehen und stellt sie deshalb auf eine Stufe. Viele Vergehen beurteilt er nur nach den Bestrafungsaussichten, wie er sie sich in seiner geistigen Beschränktheit zurechtgedacht hat. So stellt er die Urkundenfälschung an vorletzte Stelle. Man kann sich das am besten wohl so erklären, daß er durch sein häufiges Erscheinen vor Gericht wegen seiner Verbrechen die verschiedensten Eindrücke in sich aufgenommen und bei seinem Intelligenzdefekt mangelhaft verarbeitet hat. Die Beurteilung des Raubmordversuchs an letzter Stelle ist oberflächlich und dürftig.

Wahrscheinlich hat R. bei seiner intellektuellen Schwäche die außerhalb seines gewöhnlichen Denkens liegenden schweren und komplizierten Vergehen trotz eingehender Erklärung gar nicht völlig erfaßt, und so liegt kein Gesinnungsdefekt, sondern ein Intelligenzdefekt vor. Es handelt sich also um ein mangelhaftes sittliches Empfinden bei geistiger Unzulänglichkeit.

XIV. K., 22 Jahre. In der Schule schlecht gelernt. Von einer achtklassigen Schule nur die 5. Klasse erreicht. Nach der Schule meist in Fabriken als Arbeiter tätig gewesen, hat er häufig gewechselt, angeblich, weil er krank war. Stahl seiner Logiswirtin Wäsche, Bettbezüge, Laken und Handtücher. Kam ins Untersuchungsgefängnis, von dort eines psychogenen Erregungszustandes wegen in die hiesige Klinik. Jetzt geordnetes ruhiges Wesen. Erhielt vor kurzem die Nachricht, daß das Verfahren infolge Amnestie niedergeschlagen sei. Freut sich in ruhiger, verständiger Weise darüber, gibt an, daß er wesentlich gebessert sei.

Die Bewertung der ihm vorgelegten Vergehen ist folgende: 1. Stiefvatertötung, 2. Semmeldiebstahl, 3. Urkundenfälschung und Unterschlagung, 4. Portounterschlagung, 5. Fahrraddiebstahl, 6. Gewehrspielerei, 7. Raubmordversuch. Eigenes Vergehen (Diebstahl von Wäsche) zwischen 4. und 5.

„[Warum ist die Stiefvatertötung das leichteste Vergehen?] Weil es der Sohn aus Mitleid mit der Mutter getan hat und es nicht mehr mitansehen konnte, daß der Vater sich immer betrank. Er wollte nicht seinen Vater totmachen, er hat es aus Versehen getan, seine Wut hat ihn dazu gereizt. [Warum ist der Semmeldiebstahl ein schwereres Vergehen?] Viel schwerer ist er auch nicht. Der Junge hat's eben aus Hunger getan und gleich aufgegessen, aber er konnte ruhig noch etwas warten, bis seine Mutter gekommen war. [Warum stellen Sie die 1000 M.-Veruntreuung hinter den Semmeldiebstahl?] Der Junge hat die Semmeln aus Not ge-



nommen, der andere aus Lustbarkeit, weil er sich die Welt ansehen wollte. Er hatte es aber nicht nötig, die 1000 M. zu nehmen, er hätte ruhig warten können, bis er es aufgespart hätte. [Warum ist die Portounterschlagung schlimmer?] Dieses war aus Lustbarkeit, die 50 Pf. hat er nur zum Vernaschen für sich behalten. [Haben Sie weiter keinen Grund für Ihre Bewertung?] Die anderen Leute haben ihm immer zugeredet, daß die Welt schön ist und so, hier hat er aus freiem Willen so getan. [Warum ist der Fahrraddiebstahl ein schweres Vergehen?] Der Junge hat schon darauf gewartet. Weil auch der Schaden größer ist als 50 Pf. Er hat schon vorher den Gedanken gehabt. [1000 M. sind doch aber auch mehr wert als 50 Pf.?] Dort war es doch nur Lustbarkeit, auch ist dies schlimmer, weil es hinterlistiger ist. [Warum ist der Raubmordversuch das schwerste Vergehen?] Weil der nicht arbeiten wollte und einen Mordversuch begangen hat. Er hat es mit Absicht getan, deshalb ist er reingegangen und hat ihn niedergeschlagen. Er ist direkt darauf ausgegangen. Auch ist es ein alter Mann gewesen. Er hat ihn von hinten angegriffen. [Eigenes Vergehen zwischen Portounterschlagung und Fahrraddiebstahl. Warum ist Ihr Vergehen schwerer als die Portounterschlagung?] Weil der Schaden größer ist. Bei dem Fahrraddiebstahl ist er schon vorher mit List drauf ausgegangen, ich habe gar nicht daran gedacht, daß ich die Sachen nehmen wollte.“

Intelligenzprüfung: Binet-Simon 12 J. Die Intelligenzprobe ergab einen auffallenden Mangel an Schulkenntnissen, besonders das Kopfrechnen fiel sehr schwer. Die Definition ethischer Begriffe ist gut, die leichteren Unterschiedsfragen werden nur mäßig beantwortet, im Verhältnis dazu ist die Erklärung des Unterschieds zwischen „Irrtum und Lüge“ und Strafe und Rache eine ganz gute. Von den Sprichwörtern werden zwei gar nicht, zwei gut verstanden und erklärt. Kombinationsgabe gut.

Im ganzen handelt es sich um einen auffallend ungebildeten Menschen mit verhältnismäßig guter geistiger Regsamkeit und Intelligenz.

Die Bewertung der einzelnen Vergehen und ihre Begründung fällt völlig aus dem Rahmen der bisher Untersuchten: An erste Stelle setzt er die Stiefvatertötung. Er hält das Vergehen nur für ein Versehen, er würdigt in erster Linie das Motiv: der Sohn hat es aus Mitleid mit der Mutter getan, und versetzt sich in die Stimmung des Jungen, der solange alle Wut in sich aufgespeichert hat, bis es ohne sein Verschulden spontan zum Ausbruch der Leidenschaft kam. Er mußte einfach den Vater, der sich immer betrank, unschädlich machen, daß es dabei zu diesem Ausgang kam, war nach seiner Ansicht ein unglücklicher Zufall. Der Semmeldiebstahl ist auch nicht viel schwerer zu beurteilen, denn der Junge hat's ja aus Hunger getan, doch wird hier merkwürdigerweise dem Jungen zum Vorwurf gemacht, daß er noch hätte warten sollen. Vielleicht meinte der Prüfling damit, daß der Hunger eine nicht so tiefgreifende zerrüttende Regung ist, als die während langer Zeit aufgestapelte Wut des Stiefsohnes, und daß er deshalb eher zu unterdrücken war. Merkwürdigerweise kommt dann die Urkundenfälschung an 3. Stelle. Auch hier lebt sich der Prüfling, wie keiner der anderen, in das Seelenleben des



Betrügers hinein: daß dem Jungen alle möglichen verführerischen Schilderungen von der schönen Welt gemacht worden sind, daß ihm dadurch sozusagen die Unterschlagung suggeriert worden ist. Aber auch der Unterschied der Motive wird betont: beim Semmeldiebstahl der Hunger, hier die Lustbarkeit. Auch hätte der Junge ruhig warten können, bis er das Geld zusammengespart hätte. Die Summe wird gar nicht berücksichtigt, so daß die Portounterschlagung von 50 Pf. als schwereres Vergehen angesehen wird, aus dem Erwägen heraus, daß der Junge nicht mal das Ideal, die weite Welt zu sehen, gehabt habe, sondern nur aus Naschhaftigkeit gehandelt hat. Außerdem wird als erschwerendes Moment der „freie Wille", d. h. wohl das völlig klare Bewußtsein bei Ausübung der Tat angeführt. Bei dem Fahrraddiebstahl verurteilt er die Hinterlist des Vergehens, doch spielt hier der Schaden eine Rolle. Darauf aufmerksam gemacht, daß doch 1000 M. mehr wert sind, als 50 Pf., beruft er sich auf die Verschiedenheit der Motive zu diesen beiden Handlungen. Alle erschwerenden Momente des Raubmordversuches werden gründlichst angeführt, auch fühlt man aus den Worten das Mitleid mit dem alten Mann heraus und den Abscheu vor der Tücke des Verbrechens. Das eigene Vergehen setzt er zwischen Portounterschlagung und Fahrraddiebstahl; das erste ist leichter, weil der Schaden geringer ist, bei dem Fahrraddiebstahl ist die Hinterlist und die Absichtlichkeit des Vergehens betont, während seine Straftat seiner Behauptung nach aus einem plötzlichen Impuls heraus begangen wurde.

Diese Gesinnungsprüfung offenbart meinem Epfinden nach eine recht gute sittliche Grundlage. Alle aus irgendeiner Triebhandlung heraus vollführten Verbrechen werden innig mitgefühlt und leichter bewertet, als die Vergehen, die mit Absicht, Tücke, Hinterlist oder Roheit ausgeübt werden. Daß manchmal das Logische stark zugunsten des Gefühls vernachlässigt wird, ist nicht zu leugnen, doch kann deshalb das tiefere seelische Empfinden des Prüflings nicht schlechter eingeschätzt werden. Natürlich ist die Bewertung der Vergehen vom sozialen Standpunkt aus keine ideale, aber sie zeugt doch von erheblicher, sittlicher Einsicht, von innigem Mitgefühl mit guten Trieben, von der Fähigkeit, Triebhandlungen zu verzeihen und niedrige Gesinnung als solche zu erkennen und zu verurteilen. Die Beurteilung und Bewertung seines eigenen Vergehens ist nach seiner Schilderung zu verstehen.

In nachstehender Tabelle habe ich die Resultate der Gesinnungsprüfung, wie es *Jacobsohn* in seiner Arbeit auch getan hat, übersichtlich zusammengestellt; darunter gebe ich ein Urteil des Anstaltsinspektors des Gehlsdorfer Rettungshauses über seine acht Zöglinge, das mir als Vergleich mit den Resultaten der *Jacobsohn*schen Methode sehr wertvoll erscheint, zumal ich die Empfindung habe, daß der Inspektor, soweit es überhaupt möglich ist, einen genauen Einblick in das Seelenleben seiner Zöglinge gewonnen hat. Diese Aufschlüsse stimmen, wie ersichtlich, nicht immer mit den Resultaten der Gesinnungsprüfung überein. Von Nr. V und XII z. B., die nach ihren Antworten „ein gesundes sittliches Gefühl" und „gründliches sitt-



Resultat der Gesinnungsprüfungen.

G = Gewehrspielerei. U = Unterschlagung. S = Semmeldiebstahl. F = Fahrraddiebstahl.
R = Raubmordversuch. St = Stiefvatertötung. P = Portounterschlagung.

	Alter	Intelligenz	Reihenfolge der abgegebenen Urteile							Eigenes Delikt	Stellung des eigenen Deliktes zwischen	Sittliches Empfinden
			1	2	3	4	5	6	7			
I.	17	Normal intelligent	G	S	P	F	U	R	St	Fahrraddiebstahl, Bummelei	3 u. 4	Mangel an tieferem ethischen Empfinden
II.	16	Sehr intelligent	S	P	G	F	St	U	R	Viele Diebstähle, Bummelei, verlogen	3 u. 4	Gute sittliche Grundlage
III.	18	Mittelm. Intelligenz mit zeitweise geistiger Schwerfälligkeit	G	S	P	St	F	U	R	Mehrere Diebstähle, Betrug	3 u. 4	Gute sittliche Grundlage
IV.	17	Geistiger Defekt	S	P	St	G	U	F	R	Hat dem Vater verschiedenes entwendet	2 u. 3	Mangel an sittlichem Verständnis
V.	$13^3/_4$	Gute Intelligenz	S	G	St	P	F	U	R	Stahl 15 Mark	2 u. 3	Gesundes sittliches Urteil
VI.	$13^3/_4$ Mädchen	Gute geistige Regsamkeit bei mangelhafter Schulbildung	S	P	St	G	F	U	R	Mehrere kleine Diebstähle	2 u. 3	Gute sittliche Grundlage
VII.	13	Mittelmäßige Intellig. mit etwas schwerfäll. Denken	S	P	F	G	U	St	R	Stahl eine Uhr aus einem Laden	2 u. 3	Noch nicht ganz sicheres sittliches Empfinden
VIII.	13	Mittelmäßige Intellig.	S	G	P	F	U	St	R	Mehrere Diebstähle. Bummelei. Mehrm. entwichen	4 u. 5	Richtiges sittliches Fühlen

IX.	13	Lebhafte geistige Regsamkeit	S	P	G	F	U	St	R (wechselte oft)	Verlogen. Mehrere Diebstähle. Bummler	2 u. 3	Sittliches Fühlen noch nicht stark
X.	16	Gute Intelligenz	S	P	F	G	U	St	R	Schwererer Diebstahl. Viele kleine Diebst. Frech und aufsässig	3 u. 4	Tieferes sittliches Empfinden fehlt. Einsicht vorhanden.
XI.	17 Mdch	Gute Intelligenz	G	P	S	F	St	U	R	Mehrere Diebstähle. Faul, lügenhaft.	3 u. 4	Tieferes Fühlen fehlt. Einsicht vorhanden
XII.	13	Sehr intelligent	S	G	P	St	F	U	R	Starker Hang zum Umhertreiben und z. Aneignen fr. Eigent.	3 u. 4	Sittliches Fühlen recht tief und gründlich
XIII.	22	Debilität. Starke Urteilsschwäche	S	P	F	G	St	U	R	Mehrere Wäschediebst. Fetischist. Raubanfall.	3 u. 4	Mangelhaftes sittliches Empfinden bei geist. Unzulänglichkeit
XIV.	22	Auffallend ungebildet. Verhältnismäßig gute geistige Regsamkeit	St	S	U	P	F	G	R	Wäschediebstahl bei seiner Logiswirtin.	4 u. 5	Recht gute sittliche Grundlage

Urteile des Anstaltsinspektors über die Zöglinge des Rettungshauses Gehlsdorf:

Nr. V. Augendiener. Wenn er sich beobachtet glaubt, scheinheilig.

Nr. VI. Stiehlt, wo sie kann. Ziemlich leicht beleidigt. Bockig. Ist bald wieder vernünftig.

Nr VII. Leidlicher Junge. Weich im Gemüt. Tieferes Gefühlsleben als VIII.

Nr. VIII. Im Grunde nicht schlecht. Falsch erzogen. Nicht so weichherzig wie VII.

Nr. IX. Leidlicher Junge. Bis auf sein Ausrücken wenig Nachteiliges.

Nr. X. Schlimmes Vorleben. Hier willig und folgsam.

Nr. XI. Das Mädel ist zu alt, wird nicht viel zu ändern sein. Bockig, legt sich einfach ins Bett. Diebisch, faul.

Nr. XII. Abgefeimter Halunke, klug, kein guter Charakter, traue ihm alles Heimtückische zu. Schwer zu fassen.

liches Fühlen“ offenbart haben, sagt der Inspektor, daß Nr. V ein scheinheiliger Augendiener ist, der sich immer nach dem Winde dreht. und Nr. XII ein „abgefeimter Halunke, dem er jede Heimtücke zutraut“, der aber zu gerissen ist, um sich immer fassen zu lassen, wenn er was verbrochen hat. Andererseits dürfte die Aussage des Inspektors z. B. über Fall VIII, mit dem Prüfungsurteil übereinstimmen. Ebenso läßt sich bei den übrigen Fällen zwischen beiden Beurteilungen eine Brücke bauen.

Von den 14 Jugendlichen, die ich geprüft habe, habe ich die sieben herausgegriffen, die nach der Bewertung ihrer Vergehen und ihrer Begründung als ihrem Alter nach sittlich normal entwickelt zu betrachten sind. Deren Bewertung ist in den folgenden Tabellen aufgezeichnet und danach der Normalkodex festgestellt worden. Reihe 1 bis 3 rechne ich als die leichten, Reihe 4 als die mittelschweren, Reihe 5 bis 7 als die schweren Vergehen. Der Semmeldiebstahl ist z. B. von 5 Prüflingen an die erste, von einem an die zweite und von einem an die dritte Stelle gesetzt worden. Da Reihe 1 bis 3 die leichten Vergehen einschließt, so ergibt sich, daß der Semmeldiebstahl von allen sieben Beurteilern als leichtes Vergehen eingeschätzt worden ist, was die 7 der dritten Tabelle ausdrückt. In derselben Weise ist die Bewertung der anderen Vergehen in die Tabellen eingezeichnet worden.

Vergehen	Leichte Vergehen			Mittelschwere Vergehen	Schwere Vergehen		
	1	2	3	4	5	6	7
S.	5	1	1				
P.		3	3	1			
F.				3	4		
U					1	6	
G.	2	3	1	1			
St			2	2	2	1	
R.							7

Addiert	Leichte Vergehen	Mittelschwere Vergehen	Schwere Vergehen
S.	7	—	—
P.	6	1	—
F.	—	3	4
U.	—	—	7
G.	6	1	—
St	2	2	3
R	—	—	7



Der Normalkodex der Vorprüfung würde also demnach folgender sein:

1. Semmeldiebstahl,
2. Portounterschlagung } oder umgekehrt
3. Gewehrspielerei, }
4. Stiefvatertötung.
5. Fahrraddiebstahl,
6. Unterschlagung,
7. Raubmordversuch.

Dieselbe Reihenfolge hat auch *Jacobsohn* als Normaldurchschnittsreihe mit seinen Versuchen aufgestellt.

Von meinen Prüflingen haben Nr. II (Br.) und Nr. XII (Brüg.) diese Anordnung getroffen. Nr. II hat nach der Gesinnungsprüfung eine gute sittliche Grundlage. Nr. XII ein recht tiefes und gründliches Fühlen.

Auffallenderweise hat die Anamnese bei beiden Prüflingen das schlimmste Vorleben ergeben, Nr. II hat in der Gelsheimer Klinik verschiedene Diebstähle ausgeführt und hat sich in praxi als ganz gerissener, moralisch durch und durch haltloser Mensch gezeigt; von Nr. XII, einem Rettungshauszögling, sagt, wie schon vorhin erwähnt, sein Anstaltsinspektor: Es ist ein abgefeimter Halunke, klug, kein guter Charakter, ich traue ihm alles Heimtückische zu, aber er ist schwer zu fassen.

Aus den Tabellen ist weiter ersichtlich, daß bei zwei Fällen das sittliche Empfinden sich als durchaus mangelhaft erwiesen hat, bei Fall I, wo sich bei guter Intelligenz ein wirklicher Gesinnungsdefekt offenbart hat, und bei Fall XIII, wo ich bei einem älteren Debilen mit auffallender Urteilsschwäche zu dem Resultat: Mangelhaftes sittliches Empfinden bei geistiger Unzulänglichkeit gekommen bin. Bei Fall I (L.) handelt es sich um einen psychopathisch-pseudologischen Jungen, den ich auch nach seiner Anamnese, nach seinem Verhalten den Eltern gegenüber, und nach der Ausführung seiner Diebstähle für einen moralisch Degenerierten ansehen muß, während der Fall XIII (R.) einen mit krankhaften sexuellen Trieben (Fetischismus) behafteten Menschen repräsentiert, der mir sonst einen harmlosen, dummgutmütigen Eindruck macht.

Eine gute sittliche Grundlage offenbarten nach der Gesinnungsprüfung sieben Prüflinge, die Fälle II, III, V, VI, VIII, XII u. XIV. Von Fall II und XII war schon vorhin die Rede. Bei Fall III (R.) spricht die Offenheit seines Wesens und das gute Verhalten in der



Klinik für die Richtigkeit des Prüfungsresultates, doch muß bei Fall V (W.) nach dem Urteil des Anstaltsinspektors das Gegenteil angenommen werden, auch über Fall VI wird vom Inspektor nicht viel Günstiges ausgesagt. Bei Fall VIII stimmt das Prüfungsresultat mit der Ansicht des Inspektors gut überein. Bei Fall XIV möchte ich nach dem Verhalten bei der Prüfung und auch sonst in der Klinik die Richtigkeit der Prüfungsdiagnose annehmen. Bei den Prüflingen mit sittlich nicht ganz sicherem Empfinden (Fall IV, VII, IX) beruht das Schwankende bei Fall IV (W.) auf seiner offenbaren geistigen Schwäche, bei den beiden anderen Fällen auf dem allzu jugendlichen Alter. Die Aussage des Inspektors über Fall VII und IX bestärken die Diagnose. Ein tieferes sittliches Fühlen vermißte ich bei Fall X und XI, über Fall X (B.) ist schwer zu urteilen, da zwar sein Vorleben nicht einwandfrei, aber sein Verhalten in dem Rettungshaus zufriedenstellend war. Bei Fall XI (Kr.) liegt wohl eine gewisse gemütliche Stumpfheit vor.

Im ganzen läßt sich also bis auf die Fälle II, V und XII ein Zusammenhang zwischen Anamnese und Prüfungsbefund sehr wohl konstruieren.

Anschließend an die beiden Mißerfolge (Fall II und XII) möchte ich über die Vorzüge und Nachteile der *Jacobsohn*schen Methode einiges dem vom Verfasser selbst in seiner Arbeit Gesagten hinzufügen:

Das Gute an der Methode ist die treffliche Erfindung und meist sehr lebhafte Schilderung der einzelnen Vergehen mit bunten Farben, so daß selbst die gleichgültigeren Prüflinge mit ihrer Aufmerksamkeit und ihrem Interesse dabei sind. Von Vorteil ist es auch, daß bei den vielen abzugebenden moralischen Urteilen eine völlige Verstellung und Umstellung ihres Gefühlslebens schwierig erscheint. Auch die kurze Prüfungsdauer ist vom Standpunkt der Praxis als sehr günstig anzusehen, doch da möchte ich schon auf die Nachteile der Methode überleiten. *Jacobsohn* rechnet als Durchschnittsdauer der Prüfung $^3/_4$ Stunde. Um nun aber die nötige Übersicht über die einzelnen Vergehen zu erhalten, braucht der eine $1/2$ Stunde, der andere 3 Stunden, denn das Verständnis ist ja doch abhängig von der verschieden schnellen Auffassungsgabe, und von dem Verständnis hängt schon wieder die Beurteilung der Vergehen ab. Man kann nun nicht in praxi, wie es eigentlich theoretisch erforderlich wäre, einem weniger Begabten die entsprechende Zeit mehr geben, die er zum Verständnis braucht, infolgedessen wird, wie schon in der Einleitung erwähnt, auch bei dieser Methode die Intelligenz die Hauptrolle spielen, indem der



geistig Begabteste die größten Chancen für Abgabe der besten Gesinnungsprüfung hat, wie Fall II und XII beweisen. Um bei der Intelligenz als maßgebendem Faktor zu bleiben, so hat die Methode den weiteren Nachteil der zu weitschweifigen Schilderung mancher Vergehen und der zu großen Zahl der zu beurteilenden Handlungen. Bei drei Kindern im Alter von 13 Jahren, von denen zwei die Intelligenzstufe Binet-Simon 12 nicht erreichten, scheiterte die Prüfung einfach daran, daß die Kinder der Aufgabe geistig nicht gewachsen waren; auch bei den intelligentesten 13jährigen Kindern bedurfte es meist häufiger Erklärung und Wiederholung, um ihnen immer wieder die Fülle der Vergehen vor Augen zu halten. Da wäre es meiner Ansicht nach besser, dadurch Abhilfe zu schaffen, daß man den Kindern von etwa 12—15 Jahren vielleicht nur 5 Vergehen in gekürzter Form zur Beurteilung vorlegt. Als am leichtesten zu beurteilen scheinen mir der Semmeldiebstahl und die Portounterschlagung zu sein, denn deren Bewertung hat den Prüflingen kaum Schwierigkeiten bereitet. Deshalb schlage ich vor, für die jüngeren diese beiden Vergehen wegzulassen und z. B. die Schilderung des Raubanfalls, der Stiefvatertötung, und der Gewehrspielerei zu kürzen, natürlich so, daß das Wesentliche erhalten bleibt. So läßt sich vielleicht aus den jüngeren Kindern Wertvolleres herausholen.

Weiter wird oft das Resultat der Gesinnungsprüfung dadurch unscharf, daß einige Prüflinge nicht die nötige Gewandtheit im Ausdruck aufbringen, was wieder zum Teil von der Intelligenz abhängt, so daß viele wertvolle sittliche Urteile einfach aus diesen technischen Gründen dem Untersucher verloren gehen. So habe ich es öfter erlebt, daß ich sehr hübsche Urteile durch Fragen aus den Prüflingen herausbekam, die ich ihnen gar nicht zugetraut hatte, und die mir ein ganz neues Bild von ihrem Seelenleben kundgaben. Nun kann man ja doch nur einen Teil durch Fragen herausholen, also auch da läßt sich keine genaue Grenze ziehen.

Jacobsohn erwähnte auch, daß die Seelenruhe nicht immer die gleiche ist. Das habe ich auch bei meinen Examina mit den Rettungshauszöglingen empfunden. Diese Zöglinge haben, wie mir der Inspektor versicherte, fast alle ständig etwas auf dem Kerbholz, manchmal sind es ganze Nichtigkeiten, an die gar kein anderer denkt. Werden sie nun in das Prüfungszimmer gerufen, so vermuten sie, alles wäre rausgekommen, und schweben in fürchterlicher Angst. Ich konnte meist aus den Antworten entnehmen, daß die Angst allmählich auf gutes Zureden verschwand. Oft blieb sie aber während der ganzen



Unterredung. Deswegen habe ich mich auch gehütet, die Prüflinge über ihr eigenes Vergehen auszufragen, bevor die Gesinnungsprüfung vorbei war, erst dann ließ ich sie ihr eigenes Vergehen einreihen, aber auch dann trat das Mißtrauen wieder hervor und verlängerte die Dauer der Beantwortung dieser letzten Frage bedeutend.

Meist durchschauen die Zöglinge den Zweck des Untersuchers und setzen sich moralisch zurecht. Sie glauben, irgendwelche Vorteile zu erzielen, wie z. B. ein Weihnachtsgeschenk oder die Zulassung zur Konfirmation oder die Entlassung, wenn sie alles, was sie im Gesinnungsunterricht der Anstalt gelernt haben, möglichst geschickt anbringen. So werden auch hier wieder die Intelligentesten, die vom Unterricht intellektuell am meisten profitiert haben, oft die besten sittlichen Bewertungen geben. Es wird ja nun auch gerade den Abgefeimtesten immer wieder und wieder klargemacht, was sittlich gut und schlecht ist, so daß auch gerade diese wieder oft am besten mit Worten darüber berichten können.

Jacobsohn war sich auch darüber klar, daß seine Methode im günstigsten Falle nur über das sittliche Fühlen Auskunft geben könnte. Nun hat aber gerade bei meinen Nachprüfungen (ich will völlige Offenheit des Prüflings voraussetzen) wieder der Vergleich mit der Anamnese den Beweis geliefert, wie vorsichtig man damit sein muß, aus dem sittlichen Fühlen einen Rückschluß auf das Handeln zu ziehen.

So möchte ich denn zusammenfassend mein Urteil dahin fällen: daß die *Jacobsohn*sche Methode ein guter Prüfstein für die Intelligenz ist, daß sie aber als Gesinnungsprobe, wenn sie auch oft mehr bietet, als die reinen Intelligenzproben, und unter Umständen einen tieferen Einblick in das Seelenleben gewähren kann, prinzipiell nur sehr vorsichtig zusammen mit Anamnese und Intelligenzprüfung benutzt werden soll in dem Bewußtsein, daß sittliches Fühlen und Handeln oft gänzlich verschiedene Dinge sind, und daß man keinem ins Herz sehen kann.

Literatur.

Jacobsohn, Gibt es eine brauchbare Methode, um Aufschluß über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen zu bekommen? Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 46, S. 285, 1919.

Levy-Suhl, Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zum § 56 des deutschen Strafgesetzbuches. Ztschr. f. Psychother. 4.

*Binet-Simon*sche Intelligenzprüfung. (Übertragung und Abänderung von *Bobertag*).

Herrmann, Zur Frage der Prüfung des Besitzstandes an medizinischen Begriffen und Gefühlen. Ztschr. f. d. ges. Nerv. u. Psych. 3, 281.



Beitrag zum Problem des dauernden Fehlens der Patellar- und Achillessehnenreflexe ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems [1]).

Von

F. Nelki.

Unter dem Krankenmaterial, das während der letzten Jahre in der psychiatrischen und Nervenklinik behandelt wurde, sind diejenigen Fälle einer Prüfung unterzogen worden, bei denen ein Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe ohne nachweisbare organische Veränderung vorlag. Von den Krankengeschichten aus den Jahren 1915—1917 sind diejenigen ausgeschieden worden, bei denen 1. Tabes dorsalis, 2. Paralyse, 3. mechanische Störungen nachweisbar vorhanden waren, 4. Polyneuritis toxisch-infektiösen (z. B. Alkohol, Blei) oder anderen Ursprungs (z. B. Ischias, Diphtherie und Typhus) bestand oder kurz vorher bestanden hatte, 5. eine luische Erkrankung so weit zurück lag, daß sie als Ursache einer inzipienten Tabes gelten konnte.

Hiernach verblieben nur 6 Patienten, die ein Fehlen von Reflexen ohne nachweisbare Ursache zeigten.

Dieses Material rekrutiert sich aus 3243 Personen, die in den drei Jahren zur Untersuchung kamen, und zwar 1052 Zivilkranken, 993 Militärpersonen und 1198 Besuchern der Poliklinik. In Anbetracht der Tatsache, daß diese Zahlen eine Prozentziffer von 0,185 % ergeben, kann man der von *Oppenheim* (15) aufgestellten Behauptung, das Fehlen der Kniesehnenreflexe ohne nachweisbare organische Erkrankung des Nervensystems „treffe so überaus selten zu, daß mit ihrer Tatsache in praxi kaum zu rechnen sei", wohl zustimmen.

Ehe ich mit der Veröffentlichung dieser gesammelten Fälle beginne, möchte ich mir einige Bemerkungen über den Mangel an Reflexen gestatten und hierbei auf die einschlägige Literatur kurz eingehen. Angesichts der hohen diagnostischen Bedeutung, welche den Reflexen aner-

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.



kanntermaßen zukommt, erscheint es auffällig, daß Reflexe ohne nachweisbare organische Erkrankung fehlen können.

Eine physiologische Hemmung der Reflexe ist seit langem bekannt. Wir wissen, daß von der Großhirnrinde aus eine willkürliche Hemmung erfolgen kann, daß stärkere Reizung eines Gefühlsnerven die Reflexbewegung unterdrücken (Unterdrückung des Niesens durch Friktion der Nase) und daß ein energisch ablaufender Reflex (Ejakulation) einen minder starken (z. B. Husten) unterdrücken kann. Es ist bekannt, daß man durch gewisse Giftstoffe (Narkotika und Sedativa) und durch Reizung des Rückenmarks mit konstanten Strömen die Reflexerregbarkeit vorübergehend herabsetzen kann, und schließlich fehlen nach *Sternberg* (22) die Sehnenreflexe im tiefen Schlaf und ante exitum, mitunter sogar mehrere Tage vor Beginn des eigentlichen agonalen Zustandes. Während unter den letzten beiden Bedingungen die Areflexie als Folge des Erlöschens des Reflexzentrums aufzufassen ist, findet sie in den anderen Fällen in der Erhöhung der Widerstände im Reflexbogen ihre naheliegende Erklärung.

Pathologische Reflexhemmungen beobachtet man außer bei Tabes dorsalis und Paralyse nach *Nonne* (14) bei progressiver Muskelatrophie, Polymyositis, akuter und chronischer Poliomyelitis anterior, multipler peripherer Neuritis und Diabetes. In drei Fällen von Areflexie der Patella bei Delirium tremens und einem bei Typhus fand er Degeneration der peripheren Nerven mit normalem Rückenmark. *Eisenlohr* (3) beobachtete bei hochgradiger nervöser Erschöpfung das *Westphal*sche Zeichen, *Schermer* (17) und *Tomlinson* (24) fanden es auch einmal, wahrscheinlich allerdings nur temporär, bei akuter Manie und einmal bei akuter Melancholie, was deshalb äußerst auffällig ist, weil die funktionellen Psychosen nicht das Fehlen dieser Reflexe begründen. Doch erklärt es sich vielleicht auf dieselbe Art wie die Beobachtung *Eisenlohr*s. Denn wenn ich an die Versuche von *Edinger* und *Helbing* (6) erinnere, welche Ratten am Schwanze aufhängten, so daß sie verzweifelte Befreiungsversuche machten, oder in einem Tretrad laufen ließen, so wäre es denkbar, da das Rückenmark dieser Ratten eine der Tabes gleichende Hinterstrangerkrankung aufwies, daß motorisch sehr erregte Patienten gleichfalls temporäre Hinterstrangveränderungen erlitten.

Der Reflexmangel aus allen diesen Gründen findet seine Erklärung ebenfalls in Störungen des Reflexbogens, während das Fehlen der Reflexe, soweit es durch mechanische Momente bedingt wird, durch verschiedene Ursachen erklärt werden kann. In einer Reihe von Fällen wird freilich auch hier der erhöhte Widerstand im Reflexbogen als ätiologisches Moment in Betracht kommen, in anderen dagegen kann die Ursache in einer erschwerten Zugänglichkeit der Reizstelle liegen, wenn z. B. zu starkes Fettpolster die sensible Bahn gegen einen äußeren mechanischen Reiz schützt.

Es ist ferner der Umstand beachtenswert, daß die Dignität und Konstanz der verschiedenen physiologischen Reflexe eine recht verschiedene ist. Die vorliegenden Untersuchungen beschränken sich auf das Fehlen des Patellar- und Achillessehnenreflexes. Hierbei ist nun zunächst beachtenswert, daß nach *Eulenburg* (4) bei Kindern der Patellarreflex



früher beobachtet wird als die Reflexbewegung der Achillessehne, was von *Lewandowski* (10) und *Goldflam* allerdings bestritten wird. *Eulenburg* untersuchte 214 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres auf das Vorhandensein des Patellar- und Achillessehnenreflexes. „Von jenen 214 gehörte fast der fünfte Teil, nämlich 41, dem ersten Lebensmonate oder genauer den ersten vier Lebenswochen an. Die Untersuchung ergab zunächst die wichtige Tatsache, daß von den sieben am ersten Tage untersuchten Neugeborenen alle bis auf eine einzige Ausnahme den Patellarsehnenreflex sehr deutlich zeigten. Die erwähnte Ausnahme betraf ein 11 Stunden altes, etwas schwächliches Mädchen ohne bemerkbare Krankheitserscheinungen.“ Den Achillessehnenreflex konnte er dagegen „im allgemeinen bei Kindern im ersten Lebensjahre fast niemals mit voller Sicherheit nachweisen. Von den übrigen 173 Kindern aus den ersten Lebensjahren fehlten die Sehnenreflexe oder waren doch äußerst unsicher und zweifelhaft.“ Es findet sich hier die sehr merkwürdige Tatsache, daß die Sehnenreflexe in den allerersten Lebensjahren stärker sind, um dann allmählich bis zur Pubertät abzunehmen. *Eulenburg* sagt hierüber, daß „ein am ersten Tage sehr ausgesprochenes Fußphänomen weiterhin allmählich verschwand“, sowie auch, daß „in mehreren Fällen die Deutlichkeit der Patellarreflexe mit vorrückendem Lebensalter nicht zu-, sondern abnahm“. *Soltmann* (20) erklärt diesen Vorgang als eine „erhöhte Reflexdisposition“ durch das Fehlen der zerebralen und spinalen Hemmungsmechanismen. Erst durch deren Ausbildung ergebe sich ein deutlich nachweisbares Abnehmen der Reflexe (Reflexdepression). *Jaroschewsky* (7) stellt auf Grund vergleichender Untersuchungen „die Seltenheit des Fehlens des Kniephänomens im früheren Kindesalter und die Zunahme dieser Erscheinung im Greisenalter, wo die Hautsensibilität gewöhnlich abgestumpft wird“, in Beziehung zu der in der Kindheit erhöhten oder im Alter verminderten Hautsensibilität der Patellargegend. Demgegenüber macht *Westphal* (27) die Sehnenphänomene weit weniger von der Reflexerregbarkeit der Haut als vom Muskeltonus abhängig. *Bloch* (2) fand unter 994 auf das Fehlen der Sehnenreflexe untersuchten Kindern bei 3 Knaben und 2 Mädchen, also in 0,72 % das *Westphal*sche Zeichen. Da jedoch mangels Kenntnis der erst 3 Jahre später bekanntgewordenen *Jendrassik*schen Methode bei der Prüfung auch die einfachste heute geforderte Kautele nicht gewahrt wurde, ist diese Statistik leider nicht zu verwerten. Immerhin bleibt beachtenswert, daß seine ermittelten Zahlen sich ganz erheblich unter der vor- und nachher beobachteten Minimalziffer bewegen.

Lewandowski (10) beobachtete das Fehlen des Patellarreflexes und sogar sämtlicher Sehnenreflexe des ganzen Körpers zusammen mit essentiellem Tremor. Den andern Fall seiner Beobachtung einseitigen Fehlens des Patellarreflexes und des gleichseitigen Achillessehnenreflexes halte ich wegen der gleichzeitig erwähnten „angeborenen“ Pupillendifferenz für so stark einer metaluischen Erkrankung verdächtig, daß ich den Fall im Rahmen meiner Arbeit nicht berücksichtigen möchte. Den Beweis jedenfalls, daß diese Pupillendifferenz tatsächlich angeboren war, bleibt *Lewandowski* schuldig. *Sommer* (21) fand bei zwei Patienten erblich-degenerativer Geistesstörung das beiderseitige Fehlen des Patellar- und

Achillessehnenreflexes, einmal sogar während einer dreijährigen Beobachtung. Leider war ihm die Anwendung der Wassermannschen Reaktion auf die Lues noch nicht bekannt. Sie würde seinen Ausführungen, daß kein mit Veränderung des Rückenmarks einhergehender Krankheitsprozeß vorgelegen habe, größere Beweiskraft gegeben haben.

In zwei Fällen, bei einer 32jähr. Frau und einem 7jähr. Mädchen. konstatierte *Mainzer* (11) das Fehlen der Patellarreflexe bei sonst durchaus normalem Befunde. Aber die Tatsache, daß eine Schwester der ersten Patientin unzweideutige Zeichen hereditärer Lues und postluischer Tabes bot und der Vater der zweiten Patientin an Paralyse gestorben war, legt den Verdacht des Beginns einer hereditären, metasyphilitischen Erkrankung nahe.

Daß solcher Mangel der Patellarreflexbewegung angeboren vorkomme, nimmt *Weimersheimer* (25) an, ohne es freilich zu begründen. Denn hierfür wäre der Nachweis nötig, daß vom ersten Lebenstage an die Reflexe dauernd gefehlt haben. Einen solchen Fall habe ich aber bisher in der Literatur nicht ausfindig machen können. Was tatsächlich bisher veröffentlicht wurde, ist nur folgendes:

1. Es kommt, wenn auch selten, vor, daß Neugeborene am ersten Tage ihres Daseins den Kniereflex vermissen lassen. Hierher gehört der von *Eulenburg* veröffentlichte Fall, den ich vorher zitiert habe. Es fehlt aber leider die wichtige Angabe, ob sich bei diesem einen Kinde der Patellarreflex nicht noch nachträglich eingestellt hat. Nur, wenn dies nicht der Fall wäre, könnte man hier von einem „angeborenen" Reflexmangel sprechen.

2. Es steht fest, daß die Achillessehnenreflexe während des ersten Lebensjahres entweder überhaupt fehlen oder äußerst unsicher und zweifelhaft sind. Ich verweise hierfür auf die Ergebnisse, die *Eulenburg* (4) an 214 Kindern feststellen konnte. Hier fehlt jede Veranlassung zu der Annahme, daß die Reflexe auch späterhin ausgeblieben seien. Es bleiben vielmehr zwei Erklärungsmöglichkeiten offen: Entweder ist die spätere Entwicklung der Achillessehnenreflexe überhaupt eine physiologische Tatsache, oder der Untersuchende hätte dennoch Reflexbewegungen auslösen können, wenn ihm Untersuchungsmethoden, die nach ihm erst bekannt geworden sind, zur Verfügung gestanden hätten. Hierher gehören vor allem die bahnenden Reize wie wiederholte Auslösung des gleichen Reflexes, die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch den *Jendrassik*schen Kunstgriff, der elektrische Strom und als stärkster das von *Beevor* (1) zuerst angegebene kalte Wasserbad. Nebenbei erwähne ich noch, daß pathologische Hautreize wie Scabies, reichliche Pediculi capitis und mitunter auch ein ausgebreitetes Ekzem „bahnend" wirken können. *Schmidt*-Prag (18) empfiehlt als bahnende Reizmittel Adrenalin-Injektionen von 1 ccm einer 1‰ Lösung. Er erwähnt drei Fälle, in denen es ihm nach Anwendung von Adrenalin gelungen ist, die vorher nicht auslöslichen Patellarreflexe innerhalb einer Stunde nach der Injektion wieder deutlich zu wecken.

3. Bisweilen werden die Sehnenreflexe der unteren Extremitäten lange Zeit vermißt und als dauerndes Fehlen ohne Ursache angesehen, während sich späterhin eine organische Erkrankung als Ursache herausstellt. So



erichtet *Westphal* (26) von einem 60jähr. Patienten, der seit 27 Jahren ı der Bonner Klinik beobachtet wurde. Hier schien tatsächlich auf Grund iner fast über drei Dezennien sich erstreckenden Beobachtung ein Fall 'orzuliegen, bei welchem das Fehlen der Sehnenreflexe die einzige kliıische Erscheinung einer Erkrankung des Nervensystems darstellte. Hier war gewiß Grund vorhanden, den Verlust als dauernd zu betrachten. Aber auch dieser Fall fand eine überraschende Aufklärung, als sich vier Jahre nach erfolgter Veröffentlichung (*Westphal*) (28), also 31 Jahre nach der Feststellung der fehlenden Reflexe, eine Tabes dorsalis herausstellte. Diese Beobachtung scheidet demnach völlig aus dem Rahmen der Fälle aus, bei denen Reflexe ohne nachweisbare Ursache fehlen, und beweist nur, wie vorsichtig man in der Beurteilung dieses Phänomens sein muß.

4. Es sind Fälle veröffentlicht worden, bei denen tatsächlich organisch scheinbar ganz gesunde Leute die Sehnenreflexe vermissen lassen. Hier muß man nun grundsätzlich unterscheiden zwischen dem Fehlen des Patellarreflexes und dem des Achillessehnenreflexes. Das Ausbleiben des letzteren ist nach *Oppenheim* (15) so häufig, daß er diesen Reflex als eine schon bei Gesunden nicht ganz konstante Erscheinung bezeichnet. Dem widersprechen allerdings andere Autoren [*Lewandowski* (10), *Moritz* (13)], die zu dem Resultat kommen, daß bei Gesunden der Achillessehnenreflex so gut wie niemals fehlt. Zu dem gleichen Ergebnis führte auch eine von mir an 269 Personen (Soldaten), meist im Alter von 18 bis 25 Jahren, mit allen Kautelen, besonders im Zweifelsfalle unter Anwendung oben erwähnter bahnender Reize, vorgenommene Untersuchung. Dabei ist es mir oft in der von *Babinski* geforderten Lage gelungen, wenn auch *Jendrassik* versagte, durch mehrfache Beuge- und Streckbewegungen des Fußgelenks, sogenannte Lockerung, mit dem sofort anschließenden Schlag auf die Achillessehne, den Reflex auszulösen. Ich spreche dieser Manipulation weniger eine bahnende Wirkung zu als eine mechanische, das Gelenk lockernde, das oft auch bei Ablenkung der Aufmerksamkeit, wenn auch nur leicht, vom Untersuchten fixiert wurde. Unter den 269 Untersuchten befanden sich ein Tabiker, 2 Peroneuslähmungen (durch Schußverletzung), 2 fehlende Unterschenkel und 3 versteifte Fußgelenke. Daß diese acht Fälle, mit Ausnahme des Tabikers, dem sie beiderseits fehlten, den Achillessehnenreflex einseitig vermissen ließen, bedarf weiter keiner Erörterung. In allen übrigen 261 Fällen war der Achillessehnenreflex auf beiden Seiten deutlich auslösbar.

Wenn also über die diagnostische Verwertung des Achillessehnenreflexes auch noch Meinungsverschiedenheiten bestehen mögen, so ist man sich über die hohe diagnostische Bedeutung des Kniephänomens völlig einig. Die bis jetzt vorliegende Literatur hat sich mit besonderem Interesse den Beobachtungen zugewendet, bei denen der Patellarreflex ohne nachweisbare organische Erkrankung vermißt wird. Die Angaben der älteren Literatur berichten eine auffallend hohe Ziffer solcher Fälle. So schreibt *Feilchenfeld* (5), „die Resultate der verschiedenen Beobachter ergaben, daß bei Gesunden das Kniephänomen fehlen könne, so nach *Hufschmidt* in 5 %, nach *Eulenburg* in 4,21 %, nach *Gowers* in 3,3 %, nach Berger in 1,56 %". Er selbst fand, „daß unter 1150 Untersuchten das Kniephänomen in 15 Fällen fehlte, was 1,3 % ausmachen würde.

Von diesen 15 Individuen, welche keine weiteren Erscheinungen nervöser Krankheiten darboten, konnte ich in 9 Fällen absolut keine Ursache für das Fehlen herausfinden, während in 6 Fällen sich ein Grund finden ließ. Es bestand nämlich ein mechanisches Hindernis für die erforderliche Übertragung des Reizes auf die reflexauslösenden Apparate." Rechnet man diese ab, so bleiben nur 0,78 %. Diese Leute befanden sich aber mit Ausnahme eines, der 62 Jahre alt war, sämtlich im Alter von 20 bis 40, und darum ist die Möglichkeit einer späteren Rückenmarksaffektion, als deren Vorläufer schon das Fehlen des Kniephänomens gelten würde, nicht ausgeschlossen."

An diesem Bericht ist beachtenswert, daß *Feilchenfeld* selbst Zweifel bekundet, ob die von ihm unter 1150 Untersuchten ermittelten 9 Fälle eines Fehlens des Kniereflexes nicht doch als Zeichen einer beginnenden Rückenmarksaffektion aufzufassen seien. Er kommt jedenfalls auf Grund einer umfassenden Untersuchung zu dem Ergebnis, daß das *Westphal*sche Phänomen ohne nachweisbare Ursache zu den größten Seltenheiten gezählt werden muß. Zu den gleichen Schlüssen gelangt *Jendrassik* (8), der unter 1000 Erwachsenen das Fehlen der Sehnenreflexe nur einmal bei Diabetes feststellte, ferner *Pelizaeus* (16), der unter 2403 untersuchten Kindern die Sehnenreflexe nur bei einem Knaben zunächst vermißte, 3 Jahre später aber, als derselbe unter Anwendung der *Jendrassik*schen Methode untersucht wurde, sie dennoch nachweisen konnte, und *Zenner* (29), welcher das Kniephänomen nur bei einem ganz geringen Prozentsatz der von ihm Untersuchten vermißte. Es fehlte bei 1174 Irren 23 mal, doch wurde unter diesen 23 Individuen 10 mal mit Sicherheit und 2 mal mit Wahrscheinlichkeit Paralyse festgestellt. Von den zehn Paralytikern wiesen 9 auch noch reflektorische Pupillenstarre auf. Unter 1000 Geistesgesunden zeigten zwar 5 die Sehnenreflexe nicht, doch waren unter diesen 2 an Tabes, 1 in früheren Jahren am Schanker erkrankt, während bei einem vierten das hohe Lebensalter (94 Jahre) mit einhergehender beträchtlicher Muskelatrophie und Zeichen anderer Gewebsdegeneration eine genügende Erklärung bietet. Aber selbst über den Fall eines 25jährigen Insassen des Cincinnatier Arbeitshauses äußert sich *Zenner*, daß sich bei ihm möglicherweise mit der Zeit die Zeichen von vorhandener Tabes entwickeln werden, obgleich er allerdings nach eigener Angabe „nie an einer venerischen Krankheit gelitten habe und anscheinend vollkommen gesund" war. *Sternberg* (22) vermißte bei ca. 6000 Untersuchten alle Sehnenreflexe bei einer 34jährigen Frau, bei der absolut kein Symptom einer Erkrankung des Nervensystems bestand. Er scheint aber selbst diesem Fall recht skeptisch gegenüberzustehen, da er trotz der allgemein bekannten Tatsache die Bemerkung daran knüpft, daß das Fehlen der Patellarreflexe oft ein Frühsymptom der Tabes sei. Wenn nun selbst alle diese Autoren das Bestehen einer früher stattgehabten luischen Infektion oder einer inzipienten Tabes oder Paralyse auszuschließen sich bemühten, so werden wir uns doch heute nach Kenntnis der Wassermannschen Reaktion natürlich nicht mehr mit den damals vorgenommenen Untersuchungen begnügen und können auch solche Fälle dauernden Mangels der Sehnenphänomene nicht als beweisend gelten lassen, die zwar damals nach Anamnese und Untersuchungsbefund keinen Anhalt für das Be-



stehen einer Lues oder metaluischen Erkrankung boten, bei denen aber nicht durch den weiteren Verlauf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems ausgeschlossen ward. Aus diesem Grunde möchte ich auch den von *Sternberg* veröffentlichten, von mir zitierten Fall nicht weiter berücksichtigen. Erst Jahre hindurch vorgenommene Beobachtungen solcher Patienten, die das *Westphal*sche Zeichen ohne irgendwelches Symptom ernsterer Erkrankung aufweisen, werden bei der Frage der Ätiologie zuverlässige Resultate ergeben. Den erwähnten Statistiken gegenüber erscheint eine neuere Angabe von *Weimersheimer*, wonach 1 % aller Kranken der psychiatrischen Klinik zu Würzburg ein unerklärtes „angeborenes" Fehlen oder abnorm schwaches Auftreten des Patellarreflexes erkennen ließen, auffallend hoch. Für die Frage der Häufigkeit eines Fehlens der Sehnenreflexe bei scheinbar sonst Gesunden scheiden die älteren Angaben der Literatur schon aus dem Grunde aus, weil man damals die 1906 in Aufnahme gekommene Wassermannsche Reaktion noch gar nicht kannte. Die relativ hohe Ziffer der von *Weimersheimer* beschriebenen Fälle eines angeborenen Mangels des Patellarreflexes erklärt sich einerseits vielleicht daraus, daß er nicht alle uns bekannten bahnenden Reize bei seinen Untersuchungen angewandt zu haben scheint, andererseits auch Fälle abnorm schwachen Auftretens des Patellarreflexes in seine Berechnung einbezogen hat, die andere Autoren nicht berücksichtigen. Er gibt zwar an, daß er den *Jendrassik*schen Kunstgriff angewandt habe, macht aber keine Angaben darüber, ob er sich des stärksten, uns bekannten bahnenden Reizes, nämlich des kühlen Wasserbades, bedient habe, was bereits von *Kölpin* (9) bemängelt wurde. Dieser Autor steht auf dem Standpunkte, daß nur solche Fälle als einwandfrei gelten können, bei denen ein dauerndes Fehlen der Reflexe unter Anwendung aller Kautelen (bahnender Reize) nachgewiesen werden kann. An gleicher Stelle veröffentlicht er aber einen Fall, der den von ihm gestellten Anforderungen entspricht. Es handelt sich um ein 16jähr. Mädchen, bei dem ohne jede nachweisbare Ursache sowohl unter Anwendung von Jendrassik als auch des kühlen Bades der Achillessehnenreflex beiderseits, der Patellarreflex links fehlte, während er rechts wenigstens andeutungweise vorhanden war. *Weimersheimer* führt 12 Fälle an, die zwar im *Kölpin*schen Sinne als nicht völlig einwandfrei angesehen werden können, aber immerhin den Schluß rechtfertigen, „daß es einen isolierten Mangel bzw. ein abnorm schwaches Auftreten der Patellarreflexe gibt, ohne daß hierdurch der Schluß auf organische Veränderungen im Nervensystem, speziell im Lumbalmark, gerechtfertigt wäre."

Siebert (19) veröffentlicht 3 Fälle eines „scheinbar angeborenen" Reflexmangels. Der erste betrifft ein 32jähriges lediges Bauernmädchen (virgo), bei dem sich Patellar- und Achillessehnenreflex zwar nicht auslösen ließen, aber die Möglichkeit einer spinalen Affektion, obwohl außer den *Babinski*schen und *Oppenheim*schen Zeichen keine Anhaltspunkte hierfür gegeben waren, nicht von der Hand zu weisen war, und das Fehlen einer sakralen Form der multiplen Sklerose nicht mit Sicherheit negiert werden konnte. Im zweiten Falle handelt es sich um die 24jähr. ledige Tochter eines Tabikers, bei welcher während einer 2½ Jahre langen Beobachtung regelmäßig das völlige Fehlen des Patellar- und Achilles-



sehnenreflexes ohne nachweisbare Ursache konstatiert wurde. Auch der dritte Fall ist ein lediges Mädchen, deren Vater an progressiver Paralyse starb. Bei dieser fehlten während einer sich über 2 Jahre erstreckenden Prüfung regelmäßig der Patellar- und Achillessehnenreflex, obwohl keinerlei Anzeichen einer sonstigen Erkrankung des Nervensystems vorhanden waren. Ich betone, daß *Siebert* den *Jendrassik*schen Handgriff, das Knien in der von *Babinski* angegebenen Stellung und das kühle Bad nach seinen eigenen Angaben in allen dubiösen Fällen reichlich angewandt hat.

Endlich berichtet *Strohmayer* (23) über 2 Fälle von fehlenden Kniescheiben- und Achillessehnenreflexen bei sonst organisch gesundem Zentralnervensystem. Er fand bei einem 19jährigen Fähnrich, dessen hysterische Mutter und ebenfalls hysterischen Bruder er lange behandelt hatte, nach einer Weichteilschußverletzung des linken Oberschenkels und im Laufe der Behandlung anschließender hysterischer schlaffer Lähmung des linken Fußes Fehlen der beiderseitigen Patellar- und Achillessehnenreflexe auch nach Anwendung aller Kunstgriffe bei sonst völlig normalem Befunde des Nervensystems. Dieser Widerspruch zwischen der psychogenen Lähmung, dem sonst negativen Befunde und dem erwähnten Reflexmangel fand seine Aufklärung durch eine Notiz *Strohmayers* über diesen Patienten, bei dem ihm schon als 7jähr. Knaben gelegentlich einer Untersuchung das Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits bei intakter Pupillenreaktion auffiel. Der andere Fall seiner Beobachtung betrifft einen 23jähr. Musketier, der wegen unerlaubter Entfernung von seinem Truppenteil zur psychiatrischen Begutachtung kam. Bei sonst durchaus normalem Nervensystem und negativer Wassermannreaktion des Blutes fehlten Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits dauernd. „Da man die Areflexie, sagt *Strohmayer*, unmöglich mit einer der früheren Verwundungen in ursächlichen Zusammenhang bringen konnte, und da auch sonst nichts auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems hinwies, so blieb nur der Schluß übrig, daß es sich um eine angeborene Anomalie handele."

Auch die von mir an dieser Stelle veröffentlichten Fälle sind als angeborene Anomalie zu betrachten, da sie sämtlich Individuen betreffen, bei denen der Reflexmangel ohne nachweisbare organische Erkrankung bestand. Ich muß hier zunächst unterscheiden zwischen solchen Fällen, die mir nur aus der Krankheitsgeschichte zugängig waren, und solchen, die ich selbst untersuchen konnte, weil sich die Patienten zur Zeit meiner Arbeit noch in der Klinik befanden.

Ich bemerke aber ausdrücklich, daß auch an den nicht von mir selbst untersuchten Personen die Prüfung der Reflexe unter Aufwendung aller bahnenden Reize vorgenommen wurde. Die Fälle sind: 1. Hedwig W., 2. Gustav He., 3. Hermann K., 4. Fritz Schr., 5. Ekkard Ho., 6. Jakob S.

Außerdem hatte ich als Truppenarzt im Kriege Gelegenheit, den Soldaten Erich P., der sich wegen fortwährender Kopfschmerzen krank meldete (ich bemerke ausdrücklich, daß es keine nächtlichen



waren, auch keine lanzinierenden Schmerzen vorlagen), zu untersuchen, bei dem ich ebenfalls ein Fehlen beider Reflexe, Knie- wie Achillessehnenreflexe, ohne nachweisbare Ursachen feststellen konnte. Ich habe deswegen in der vorliegenden Arbeit diesen Fall ebenfalls verwendet.

Die Krankengeschichten der folgenden Fälle sind nur auszugsweise wiedergegeben.

I. Hedwig W., geb. 24. 7. 99 zu Greifswald, Dienstmädchen, ledig. Aufgenommen 10. 7. 15. Entlassen 19. 4. 17. Diagnose: Psychopathie.

Die Dienstherrin gibt an, daß der Vater lebe, Trinker sei, der die Familie mißhandele. Die Mutter, die an halbseitigen Kopfschmerzen gelitten habe, und drei Geschwister im kindlichen Alter sind an Tuberkulose gestorben. Drei Geschwister leben und sind lungenleidend. Sie selber ist als Waise im Bethlehem-Stift erzogen worden, von Charakter still, scheu, sehr empfindlich und viel für sich allein. Das Fortkommen in der Schule ist leidlich gewesen, das Rechnen ihr sehr schwer gefallen. Sie litt an rechtseitigen Kopfschmerzen und hin und wieder auftretender Übelkeit. Zu den Kindern der Dienstherrschaft soll sie liebevoll sein. Sie ist fleißig, ordentlich, anhänglich, diensteifrig, stundenweise jedoch manchmal störrisch und ganz still. Sie blickt dann starr vor sich hin, antwortet kaum, „bereut dann alles", bat um Verzeihung. Stimmungsschwankungen oder epileptische Zeichen sind nicht beobachtet worden. Als Kind soll sie mehrmals Lungenentzündung gehabt haben. Drei Wochen vor der Aufnahme hatte die Nachricht, der Vater sei im Orte, sie stark beunruhigt und ihr große Angst verursacht. Am Tage vor der Aufnahme, nachm. 3 Uhr, erzählte sie, sie habe ihre Mutter, deren Bild sie sich abends vorher angesehen habe, in Engelsgestalt mit einem Brüderchen weinend vor sich stehen und den Vater in einer Zimmerecke gesehen. Die Nacht darauf konnte sie nicht schlafen, war sehr aufgeregt und fassungslos. Gegen ½10 Uhr abends erzählte sie der Schwester der Dienstherrin gleichgültige Dinge in sehr lautem Ton, drehte sich plötzlich erschrocken um und glaubte die Eltern zu sehen. Der Vater sei ganz von Blut überlaufen, was er der Mutter entzogen habe. Sie klammerte sich vor Angst an die Schwester der Dienstherrin, riß sich die Haare aus und schrie. Die Augen waren fest geschlossen. Krampfartige Bewegungen waren nicht vorhanden. Sie klagte, wie seit langem schon, über auffallenden Durst. Beim Transport im Wagen zur Klinik war ihr das Rütteln unangenehm und verursachte ihr Kopfschmerzen. Anamnestisch gab sie an, daß sie als Kind viel an Kopfschmerzen gelitten und die Empfindung gehabt habe, als wenn „der Wagen in mir rasselt", sie huste, wie schon lange, auch jetzt recht häufig, habe Nachtschweiß und häufig Halsschmerzen gehabt, sei nie recht lustig und möchte auch nicht mit Freundinnen spielen, weil diese ihr immer zu vergnügt wären. Die Mutter starb, als sie 7 Jahre alt war. Seitdem war sie angeblich jahrelang traurig. Das Lernen sei ihr schwer gefallen.

Status. Der Knochenbau ist grazil, der Thorax infantil, die Brüste wenig entwickelt. Körperbehaarung mäßig. Der Gaumen ist steil und

schmal, Nasenwurzel breit, Nase tief gesattelt. Pigmentierung der Linea alba. Herz, Lungen, Unterleibsorgane sind ohne Krankheitsbefund. Die Pupillen mittelgroß, gleich weit und rund, Lichtreaktion, Konvergenzreaktion und Kornealreflexe vorhanden. Die Augenbewegungen sind frei. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, das Gaumensegel gleichmäßig gehoben. Tremor der Zunge und der Hände ist nicht vorhanden. Der Würgreflex fehlt. Trizeps- und Periostreflex sind vorhanden, obere und untere Bauchdeckenreflexe nur rechts, der linke untere fehlt völlig, der linke obere ist sehr schwach. Patellar- und Achillessehnenreflexe sind nicht auslösbar. Plantarreflexe sind vorhanden. *Babinski*scher Zehenstreckreflex fehlt. Sie zeigt starkes vasomotorisches Nachröten und psychogene Gangstörung. Romberg ist positiv psychogen. Aktive und passive Bewegungen, sowie die grobe Kraft sind ungestört. Atrophien fehlen. Patientin ist in der allgemeinen Entwicklung zurückgeblieben.

Bei der Untersuchung beginnt sie plötzlich zu weinen, erklärt, sie habe Angst, lacht ganz kurz auf einen Scherz hin und fängt dann gleich wieder an zu weinen. Sie fällt beim Stehen mit geschlossenen Füßen und offenen Augen hintenüber, weint und erklärt, sie sei schwindelig. Sie weiß nicht, wie sie in die Klinik gekommen ist, weint und klagt, daß sie am Abend Schmerzen in der Stirn habe, die nach den Augen ziehen. „Ich sehe den Vater rot vor mir und die Mutter weiß,“ gibt an, daß sie den Vater 5 Jahre nicht gesehen habe.

Der Schlaf ist schlecht. Pat. ist sehr reizbar und Stimmungswechsel unterworfen. Etwa 14 Tage nach der Aufnahme gibt sie sehr lebhaft und verständig Auskunft, erzählt auch spontan verständig über ihre Aufnahme in der Anstalt, soweit sie sich ihrer entsinnen kann. Nach den Eltern gefragt, beginnt sie zu weinen, erzählt von grausigen Träumen außerordentlich anschaulich und lebhaft mit allen Einzelheiten. Patellar- und Achillessehnenreflexe sind dauernd negativ. Die Pupillen reagieren stets auf Licht und Konvergenz beiderseits gleichmäßig und gut. Der Befund der Wassermannschen Reaktion im Blut ist negativ und ergibt für den Liquor cerebrospinalis: Druck normal. Farbe wasserhell; mikroskopisch: Zählkammer (in 1 mm^3) $^2/_3$; Zentrifugat: Eiweiß nach *Nißl* 1 Teilstrich, nach Nonne negativ.

Bei der 3 Wochen nach der ersten Aufnahme erfolgten ersten Entlassung fehlten die Achillessehnenreflexe nach wie vor. Die Pupillen boten keinen besonderen Befund, leichte Kopfschmerzen bestanden noch, die psychogenen Gangstörungen waren gebessert.

Drei Tage später wurde Pat. jedoch wegen eines erneuten Anfalles wieder eingeliefert. Dabei gibt sie an, es ginge jetzt wieder besser, „ich bin so froh, daß ich nicht mehr dahinten bin, dort ist es schrecklich“. Zwei Nächte auf der Wachabteilung unter schrecklichen Träumen erzählt sie u. a. eine Vision der letzten Tage.

Das Einschlafen abends ist zunächst noch sehr erschwert. Nachts ist sie oft unruhig und ängstlich und von Visionen der Eltern geplagt. tagüber, solange sie durch Arbeit beschäftigt ist, frei von Furcht. Sie hilft sehr fleißig und zeigt ein heiteres, freundliches, kindliches Wesen.

Ein nahe bevorstehender Exitus einer gleichaltrigen Patientin ruft einmal fassungloses Schluchzen, heftiges Weinen hervor.



Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen dauernd. Ein zwei Monate nach der zweiten Aufnahme erhobener Befund ergibt außer dem Mangel dieser Sehnenreflexe nur völliges Fehlen des unteren linken Bauchdeckenreflexes; der obere linke ist sehr schwach, rechts beide deutlich. Der Plantarreflex ist links schwächer als rechts. *Babinski* beiderseits negativ. Das Lagegefühl und die Sensibilität sind nicht gestört. Keine Darmstörungen. Übelkeit tritt nur selten auf.

Im Laufe des weiteren Klinikaufenthaltes klagt Pat. viel über Kopfschmerzen und ist außerordentlich starkem Stimmungswechsel unterworfen; in ihrer anfallfreien Zeit freundlich, diensteifrig, fleißig und ruhig, schimpft sie in ihren Erregungszuständen wüst, schlägt um sich und hat Visionen ihrer Eltern, in denen der Vater stets ihr feindlich gesinnt und drohend die Mutter mißhandelt.

Ein Jahr nach der zweiten Aufnahme wurde sie nach nur viermonatigem Aufenthalte in Familienpflege zum dritten Male nach einem Erregungszustand in die Klinik eingeliefert. Sie hatte hier nur einmal während 8 Monaten einen stärkeren Erregungszustand, ist sonst im allmeinen still, fleißig und brauchbar auf der Abteilung und in der Küche. Mitunter empfindlich, verschlossen, leicht verstimmt und gereizt, hat sie oft das Gefühl, als wenn die anderen Patienten über sie sprächen und die Ärzte sich über sie lustig machten. In unregelmäßigen Abständen treten Migräneanfälle von 1—2 Tagen Dauer auf. Sie liegt dann unzugänglich im Bett. Der Schlaf ist dauernd schlecht, mit schrecklichen Träumen vom Vater und Überfahrenwerden der Schwestern, an denen sie sehr hängt. Sie spricht nachts oft leise, schreit auf und setzt sich hoch, ist jedoch nach einer Aussprache wieder beruhigt und sehr dankbar. Im ganzen zeigt sie noch ein kindliches Wesen. In letzter Zeit viel Menstruationsbeschwerden, wie lange Dauer, Kreuzschmerzen und Fluß. Nach $^3/_4$jährigem Aufenthalt wird sie entlassen.

II. Gustav H., geb. 5. 12. 1877 zu Breitenbach, Landwirt, verheiratet. Aufgenommen 26. 9. 1915. Entlassen 14. 1. 1916. Diagnose: Psychopathie.

Der Vater ist asthmaleidend, die Mutter nervenleidend, litt viel an Kopfschmerzen und starb angeblich an Gelenkrheumatismus. Zwei Vettern und drei Brüder sind nervenleidend, eine Schwester war vorübergehend geisteskrank. Drei Geschwister sind klein gestorben, eine davon an Krämpfen. Ein Bruder ist im Felde, hat aber auch „mit den Nerven zu tun". Pat. hat zur rechten Zeit laufen und sprechen gelernt. Der Charakter ist lebhaft und zeigt nichts Auffälliges. Das Fortkommen war leidlich gut. Bettnässen bestand bis zum 7. oder 8. Jahre, vielleicht auch länger. In der Kindheit litt er an Keuchhusten, Masern und Scharlach, Krämpfe waren nicht vorhanden.

Er war zwei Jahre Infanterist, nicht gern Soldat und nicht sehr kräftig, wurde geschont und als Bursche verwendet. Seit etwa 8 Jahren trinkt er nicht mehr, früher öfter einmal. Tabakgenuß ist mäßig; früher war Pat. leidenschaftlicher Raucher. Im Jahre 1911 heiratete er, hat aber keine Kinder. Seine Frau ist viel krank. Lues wird negiert. Er wurde einmal vom Pferde geschlagen, sei einmal vom Wagen gestürzt, habe dabei Verletzungen am Rücken, am Kopfe und an den Beinen er-



litten. Bei seinem Sturze vom Wagen sei er kurze Zeit bewußtlos gewesen. Pat. leidet schon seit langer Zeit sehr viel an Kopf-, Brustschmerzen und schlechtem Schlaf. Er kann für den Beginn keinen bestimmten Zeitpunkt angeben. Er ist zeitweise im Traum aus dem Bett gelaufen. Seit 7 oder 8 Jahren sei er „nervenleidend" (Kopf- und Brustschmerzen), seitdem auch sehr reizbar, empfindlich und sehr leicht gerührt. Im Kriege zum Garnisondienst eingezogen, wurde er seiner nervösen Beschwerden wegen nach 3 Wochen wieder als untauglich entlassen. Ein Jahr später wurde er wieder eingezogen und als Armierungssoldat nach Russisch-Polen geschickt. Nach einigen Tagen trat der erste Anfall auf und zwar aus dem Schlafe heraus. Er sei aufgesprungen, dann umgefallen, habe viel „herumgewirtschaftet". Anscheinend besteht keine vollständige Amnesie für den Anfall. Bei dem Anfall war kein spontaner Urinabgang, kein Zungenbiß, nichts, was den Verdacht einer Epilepsie rechtfertigte. Nach jenem ersten Anfall ist keiner mehr aufgetreten.

Status: Der Knochenbau ist kräftig, der Thorax gut gewölbt, die Muskulatur mäßig entwickelt, das Fettpolster von normaler Stärke. Haut und Schleimhäute von gesunder Farbe. Es bestehen keine Hautausschläge, keine Drüsenanschwellung, keine Ödeme. Die Körpergröße ist 157 cm, das Gewicht 58,2 kg, der Brustumfang 87/83 cm. Herz, Lungen, Unterleibsorgane sind ohne krankhafte Veränderung. Weiblicher Behaarungstyp an den Pubes.

Die Pupillen sind gleich weit, die linke jedoch leicht entrundet. Die Lichtreaktion ist prompt und ausgiebig, die Konvergenzreaktion gut. Die Augenbewegungen sind frei, das Fazialisgebiet ohne Besonderheit. Nystagmus besteht nicht. Der Konjunktival- und Kornealreflex ist ebenso wie der Würgreflex vorhanden. Das Gaumensegel hebt sich beiderseits gleichmäßig, die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert leicht. Tremor der Hände ist vorhanden. Der Patellar- und Achillessehnenreflex fehlt beiderseits und ist auch bei häufigen Untersuchungen, selbst unter Anwendung aller Hilfsmittel, niemals auslösbar. Muskelschwund ist nirgends bemerkbar. Lähmungen nicht vorhanden. Die aktive und passive Beweglichkeit normal. Die Sehnen- und Knochenhautreflexe der oberen Extremitäten sind links schwächer als rechts. Bauchdecken-, Kremaster- und Fußsohlenreflexe sind nur schwach auslösbar. Die Angaben bei der Sensibilitätsprüfung sind nicht einwandfrei. An den Beinen wird mitunter spitz statt stumpf angegeben, doch besteht keine Schmerzverlangsamung. Er gibt zwar gut Auskunft, erzählt aber mit zitternder, schluchzender Stimme. Bei längeren Unterredungen gerät der ganze Körper in Zittern. Er bricht dann schließlich in haltloses Schluchzen aus und läßt sich nicht wieder beruhigen. Er geht etwas steif mit gespreizten Armen. Beim Wasserlassen keine Schwierigkeiten. Er habe in der Brust beständig „ein eigentümliches Gefühl", besonders in der Umgebung beider Brustwarzen. Dort treten auch ab und zu Schmerzen auf. H. benimmt sich bei der Untersuchung sehr weichlich, empfindlich, kindlich, ängstlich. Das Lagegefühl ist nicht sicher zu prüfen, da er vor bebender Angst und Aufregung nicht imstande ist, ruhig aufzupassen, doch anscheinend nicht gestört. Pat. hatte 8 Tage nach der Aufnahme einen Anfall, bei dem er



stark zitterte, schnarchend atmete und über große Angst klagte. Die Blut-Wassermann-Reaktion ist negativ. Liquor-Wassermann ebenfalls negativ, kein vermehrter Zell- und Eiweißgehalt. Die Intelligenzprüfung ergibt Schwachsinn mäßigen Grades.

III. Hermann K., geb. 28. 4. 1874 zu Braunsberg, Arbeiter, ledig. Aufgenommen 23. 9. 1919. Entlassen 17. 10. 1919. Diagnose: Imbezillität.

Der Vater ist an unbekannter Krankheit gestorben, die Mutter ebenfalls. Ein Bruder und zwei Schwestern leben und sind gesund. Über Kinderkrankheiten besteht keine Erinnerung. Pat. will von der Mutter gehört haben, daß er als kleines Kind so viel Schorf im Gesicht und auf dem Kopf gehabt habe, daß er acht Tage nicht habe sehen können. Nach ärztlicher Behandlung sei dieses Leiden beseitigt worden. Das Fortkommen in der Schule ist leidlich gewesen, doch habe er nichts behalten können. Er sei immer für sich und habe nicht viel mit andern Menschen Verkehr gepflogen. Er sei von Kindheit an stark kurzsichtig gewesen und habe seiner Augen wegen nicht gedient. Geschlechtskrankheiten werden negiert. Soweit die Angaben des K. reichen, stammt er aus gesunder Familie. Über seine Entwicklungsjahre kann er keine Angaben machen. Nach der Entlassung aus der Schule hat er immer in der Landwirtschaft gearbeitet. Er sei andern Leuten durch seine Dummheit aufgefallen. Vor etwa 10 Jahren sei ihm beim Holzhacken ein Stück Holz gegen das linke Auge geflogen. Ein Jahr später habe er gemerkt, daß die linke Pupille größer gewesen sei als die rechte. Gleichzeitig sei die Sehkraft auf dem linken Auge schwächer geworden. Drei Wochen vor der Aufnahme sei er eingezogen worden (die Regimentsnummer hat er vergessen). Der Dienst, den er nur wenige Tage mitgemacht hat, habe ihm zwar ganz gut gefallen, doch habe er nichts behalten und nur schlecht reden können. Er habe sich in der Kaserne schlecht zurechtgefunden und sei deswegen von Kameraden gehänselt worden. Vom Truppenarzt zur Augenklinik geschickt, sei er von dort zur poliklinischen Untersuchung der Nervenklinik überwiesen worden. Hier wurde außer der Pupillenstörung ein Mangel der Achillessehnenreflexe festgestellt und deshalb die stationäre Aufnahme veranlaßt. Er klagt über Stechen im Genick, Stechen in der Stirn und schlechten Schlaf.

Status: K. ist 1,60 m groß, wiegt 59,5 kg, sein Brustumfang mißt 87/90 cm. Der Knochenbau ist kräftig, Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet, die Arterien weich. Die Körperbehaarung ist normal, der Urin frei von Eiweiß und Zucker. Herz, Lungen, Unterleibsorgane sind ohne Krankheitzeichen. Nach Untersuchung der Greifswalder Augenklinik finden sich die Zeichen der Kurzsichtigkeit. Die linke Pupille ist sehr stark erweitert und absolut starr. Konjunktival- und Kornealreflexe sind vorhanden. Die Augenbewegungen sind frei. Nystagmus ist nicht vorhanden. Das Fazialisgebiet wird symmetrisch innerviert, das Gaumensegel gleichmäßig gehoben, die Zunge ohne Zittern gerade herausgestreckt. Atrophien sind nicht vorhanden, die aktiven und passiven Bewegungen ungestört. Druckempfindlichkeit der Muskulatur besteht nicht. Die Patellarreflexe sind vorhanden, der Achillessehnenreflex fehlt beiderseits. Babinski und Romberg sind negativ, Gehör und Geschmack ohne Besonderheit, die Sprache



ebenfalls, nur etwas monoton. Die Stimme ist etwas krächzend und schnappt oft über. Häufiges Räuspern während des Sprechens. Die erste Wassermann-Untersuchung des Liquor war negativ, im Blut eine Spur Hemmung; die zweite Untersuchung, 3 Wochen später vorgenommen, ergab für den Liquor etwas trübe, leicht blutige Farbe; mikroskopisch: Zählkammer (in 1 mm³) $^{9}/_{3}$, Eiweiß nach *Nißl* 1½ Teilstriche (mit Blut). K. weiß nicht den Namen seines Geburtsortes und antwortet nach mehrmaligem energischen Fragen: „Das kann ich mich nicht besinnen." Gedruckte Schrift deutsch und lateinisch liest er nicht, einzelne geschriebene deutsche Buchstaben gut, kleine Wörter schon schwieriger. Auf wiederholte Fragen nach Alter und Geburtstag erfolgt keine Antwort. Als nachgeholfen wird, indem man 1800 sagte, kommt 74 leicht. Er erkennt einen Kamm mit den Augen, eine Flasche und Schere mit den Händen bei geschlossenen Augen. Eine Schraube erkennt er weder durch Tasten allein, noch durch Tasten und Augen. Nach dem Unterschied zwischen Schraube und Nagel gefragt, antwortet er: „Schraube ist spitz." Den Namen des Besitzers, und wie groß das Gut ist, weiß er nicht. Auf die Frage, warum er im Bett liege, entgegnet er: „Ich soll doch im Bett liegen." Er weiß nicht, daß die katholische und evangelische verschiedene Konfessionen sind. „Frauen und Männer unterscheiden sich durch Kleider." Er gibt spontan an, auf Fragen könne er nicht so schnell antworten, weil er sich immer so lange besinnen müsse. Nichts Pseudodementes. Er spricht nur, wenn er gefragt wird. Die Antworten erfolgen sehr langsam, mit schwacher, monotoner Stimme, ohne jeglichen Affekt, nie in zusammenhängender Rede. Jeder Satz muß durch neue Fragestellung aus ihm herausgebracht werden. Alle Bewegungen und Handlungen sind langsam und schwerfällig. Aus eigenem Antriebe beschäftigt er sich gar nicht. Dagegen verrichtet er auf Befehl kleine Arbeiten willig und gut. Um die Vorgänge auf dem Saal bekümmert er sich nicht; ist immer für sich allein und beteiligt sich nicht an der Unterhaltung der Kameraden. Es besteht große Gedächtnis- und Urteilschwäche. Die Verstandesfähigkeiten entsprechen denjenigen eines neunjährigen Kindes. In der Beurteilung des militärischen Zeugnisses heißt es: „Für die dauernde sehr starke Erweiterung und Reaktionslosigkeit der linken Pupille sowie für die Reflexstörungen an den Achillessehnen hat sich eine bestimmte organische Ursache nicht feststellen lassen. Eine luische oder eine metaluische Erkrankung kann ausgeschlossen werden."

IV. Fritz Schr., geb. 11. 6. 1895 in Gladrow b. Greifswald, Malergehilfe, ledig. Aufgenommen 8. 12. 16. Entlassen 9. 1. 17. Diagnose: Hebephrenie.

Die Familienanamnese ergibt keinerlei Belastung. Er ist nach Angabe der Eltern immer gesund gewesen. An Schlafwandeln, nächtlichem Aufschreien und Bettnässen hat er nicht gelitten. In der Schule hat er leidlich gelernt und wurde nach seiner Entlassung Maler. Er ist im Beruf gut vorwärtsgekommen, hat nicht gewalzt und zeigte im Charakter keine gröberen Auffälligkeiten. Er soll nur immer etwas still für sich gewesen sein, jedoch keine Neigung zum Einsiedlerleben gezeigt haben. Im Alter von 20 Jahren hat er zum ersten Male geschlechtlich verkehrt. Nach dreimonatiger militärischer Ausbildung kam er November 1915 ins

Feld. Hier zog er sich im Januar 1916 eine luische Infektion zu. Nach etwa zwei Monaten findet sich in den Krankenblättern des Kriegslazaretts Brüssel die Notiz: Lues I, II. Psychische Störungen (Imbecillitas). Er wurde deshalb nach einer Neosalvarsan- und Quecksilber-Salvarsanbehandlung auf die Nervenabteilung verlegt. Hier wurde Propfhebephrenie und Lues II diagnostiziert. Auch hier wurden schon stumpfsinniges, blödsinniges, kindisches Benehmen, läppisches Lachen, akustische Halluzinationen, jedoch keine Beziehungs- oder Verfolgungsideen beobachtet. Er zeigte harmlose Heiterkeit, clownhaftes Gebaren, hörte sich beim Namen rufen und allerlei, z. T. Unverständliches zuflüstern. In die Provinzialanstalt Johannistal überführt, zeigte er sich im großen und ganzen unverändert. Er war sehr stumpfsinnig, verworren und unsauber, bemalte sich das Gesicht schwarz und zog sich mitunter im Garten bis aufs Hemd aus. In der psychiatrischen und Nervenklinik zu Greifswald unterhält und beschäftigt er sich fast gar nicht, lacht beim Ansprechen läppisch, spricht mit leiser Stimme und liegt mit blödem Gesichtsausdruck, ohne irgendwelche Teilnahme für die Vorgänge in seiner Umgebung zu zeigen, im Bett. Mitunter wühlt er jedoch herum, stellt sich aufrecht ins Bett oder redet vor sich hin, zitiert Bibelsprüche und hält sich für Pastor H. aus der Marienkirche. Bisweilen verläßt er das Bett, dreht die Matratzen um, speit in den Saal und gerät in Schlägerei mit anderen Patienten.

Status: Pat. ist 1,58 m groß, wiegt 60 kg und mißt um die Brust 79/86. Er besitzt einen kräftigen Knochenbau, guten Ernährungszustand und kräftig entwickelte Muskulatur. Die Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet, das Fettpolster gut ausgebildet. Ödeme, Exantheme, Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden. Die genitale Entwicklung und Körperbehaarung ist normal. Herz, Lungen, Unterleibsorgane sind ohne Krankheitsbefund. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Die Pupillen sind beiderseits gleich, rund und mittelweit. Die Lichtreaktion ist prompt, doch nicht sehr ausgiebig, die Konvergenzreaktion gut. Die Augenbewegungen sind frei, doch scheint er nicht ganz in die Endstellungen zu kommen. Nystagmus ist nicht vorhanden. Im Fazialisgebiet finden sich keine Störungen. Das Gaumensegel hebt sich beiderseits gleichmäßig, die Zunge wird gerade herausgestreckt, sie zittert nicht, wohl aber die ausgestreckten Hände. Aktive und passive Bewegungen sind normal, die grobe Kraft ist nicht gestört. Atrophien und Ataxien sind nicht vorhanden. Der Gang ist normal, Romberg und Babinski sind beiderseits negativ. Radiusperiost- und Trizepssehnenreflexe sind beiderseits gleich und von normaler Stärke, die Bauchdeckenreflexe beiderseits lebhaft. Der Patellarreflex ist beiderseits lebhaft, der Achillessehnenreflex beiderseits auch bei wiederholten Versuchen mit allen Vorsichtsmaßregeln nicht zu erhalten. Geschmack, Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit ist ungestört. Das Lagegefühl in den großen Zehen für Bewegungen ist nicht sicher, wohl aber in den Fingern. Seine langsame Auffassungsgabe erschwert die Prüfung. Druckempfindlichkeit der Muskulatur und Nervenstämme ist nicht vorhanden, jedoch lebhaftes vasomotorisches Nachröten. Die Sprache und Schrift zeigt keine Besonderheit. Degenerationszeichen sind nicht vorhanden. Die Wasser-



mann-Reaktion des Blutes ist schwach positiv; die Farbe des Liquor ist wasserhell, mikroskopisch: Zählkammer (in 1 mm³) $^3/_3$. Chemisch: Eiweiß nach *Nißl*: 1½ Teilstrich, Nonne negativ. Serologisch: Wassermann-Reaktion des Liquor cebrospinalis negativ.

Sch. ist zeitlich und örtlich orientiert, beantwortet Fragen nach seinen Personalien gut, fühlt sich wohl und zeigt kein Krankheitsbewußtsein. Als Beschwerde gibt er Blasenleiden an. Der Gesichtsausdruck ist weinerlich. Pat. schnauft, grimassiert, streckt die Zunge prustend heraus, reißt den Mund rhythmisch auf und macht Schmeckbewegungen. Er hält die Hände wie zum Gebet gefaltet, macht Drohbewegungen mit dem rechten Arm, macht rhythmische Leierkastenbewegungen mit beiden Armen, senkt den Kopf oder schüttelt ihn und nickt. Er zeigt überhaupt eine ausgesprochene Neigung zur rhythmischen Bewegung mannigfacher Art. Neben dieser Hyperkinese findet sich Befehlsautomatie.

V. Eckard Ho., geb. 9. 8. 1894, Offizier, ledig. Aufgenommen 16. 12. 16. Entlassen 30. 12. 16. Diagnose: Psychopathie (Depression).

In der Familie sind Geistes- oder Nervenkrankheiten und Alkoholmißbrauch nicht vorhanden, Verbrechen nicht vorgekommen. Zwei Brüder sind als Offiziere gefallen. Ein Bruder ist noch als Offizier an der Front, ein vierter bereits mit 5 Jahren ertrunken. Als Kind hat er Scharlach, Diphtherie, Masern und Rachitis, diese mit 4 Jahren, jedoch nie Krämpfe gehabt oder an Bettnässen gelitten. Er hat das Gymnasium besucht, im Alumnat gewohnt, ist immer ein guter Schüler und stets unter den ersten gewesen. Er hatte Freude am Schulbesuch, weil er gut lernte, und vielerlei Sonderinteressen. Er sei ein verträglicher Charakter gewesen und habe stets Freude an Vergnügungen und Unterhaltung gehabt. Im Januar 1914 mußte er in Oberprima plötzlich aussetzen, weil er die Schularbeit nicht mehr bewältigen konnte. Er führt den Zusammenbruch auf die Onanie zurück, die er seit dem 14. Lebensjahr getrieben hat. Bei Kriegsausbruch machte er das Abiturium als Notexamen. Auf Grund der guten schriftlichen Arbeiten wurde ihm die mündliche Prüfung, vor der er große Angst hatte, geschenkt. Im August 1914 ist er als Fahnenjunker eingetreten und fünf Monate später nach Rußland ausgerückt. Es wurde im Felde leicht am rechten Knie, an der linken Hand und am rechten Oberschenkel, verwundet. Er war auch immer mit Lust und Liebe Soldat. Trotzdem wurde ihm alles „bittersauer". Die Kameraden wußten, daß es ihn große Anstrengungen und Überwindung kostete, alles mitzumachen. Er ermüdete bei jeder Anstrengung, hielt die Märsche nicht aus, mußte sich zu jeder Arbeit förmlich durch neue Anstrengungen und Konzentrierung aller seiner Kraft aufraffen. Vor allen Dingen fiel ihm geistige Arbeit sehr schwer. Er schweifte leicht ab, konnte den Hauptgedanken nicht recht verfolgen und ermüdete leicht, so daß er kaum einige Seiten mit etwas Aufmerksamkeit lesen konnte, ohne erschöpft wieder aufhören zu müssen. Über den ganzen Zustand wurde er mißmutig, niedergeschlagen, reizbar, empfindlich, weniger zugänglich als sonst. Auch das körperliche Wohlbefinden ließ sehr zu wünschen übrig. Er verlor an Gewicht. Der Regimentskommandeur, dem er nie etwas von seinem Zustande gesagt hatte, schickte ihn zum Arzt. Eine gewisse körperliche Erholung trat ein nach einem Aufenthalt in einem



Erholungsheim, aber die psychische Besserung und die des Gemüts blieb aus. Erneut in einem Erholungsheim, trat bald nach der Entlassung wieder Verschlechterung ein. Er war unfähig zu jeder geistigen Arbeit, bekam keinen ordentlichen Brief fertig, litt unter einer gewissen Befangenheit, die ihn sich in der Gesellschaft nicht wohl fühlen ließ. Er hatte förmlich Angst, auf die Straße zu gehen, konnte den Soldaten gegenüber nicht energisch auftreten, litt unter einer schweren allgemeinen Schlappheit, die ihn unfähig zu jeder Beschäftigung machte. Während eines dreimonatigen Aufenthaltes in Misdroy war er vorübergehend einer Ohreneiterung wegen in Stettin in Privatbehandlung. Während eines darauffolgenden weiteren Erholungsurlaubes nach Haus trat weitgehende Besserung des ganzen Zustandes ein. Nach Beendigung des Heimaturlaubes wurde er kommissarisch auf die Dienstfähigkeit untersucht und zur Feststellung derselben dann dem Reservelazarett Greifswald überwiesen. Auch hier dieselben Klagen über Mangel an Konzentrationsfähigkeit und geistiger Regsamkeit. Er sei arbeitsunlustig und nicht mal imstande zu lesen. Er gibt ruhig und sachgemäß Auskunft und macht nicht den Eindruck, daß er verschönt, verschweigt oder übertreibt. Er äußert keine Klage über Stimmungsschwankungen, zeigt auch objektiv solche nicht. Der Schlaf ist unruhig, doch gibt er an, morgens sich stets erquickt zu fühlen, nur abends im allgemeinen etwas schlechter Stimmung zu sein. Einer Anweisung, seine Kriegserlebnisse und Beschwerden zu Papier zu bringen, kommt er, obgleich er bereitwillig zugesagt hat, nicht nach, da er sich trotz aller Selbstüberwindung nicht dazu aufraffen könne. Er zeigt ausgesprochenes Krankheitsgefühl und gutes Krankheitsverständnis. Er benimmt sich durchaus geordnet und angemessen. Von Absonderlichkeiten, wahnhaften Vorstellungen oder Sinnestäuschungen ist bei ihm nichts aufgefallen. Er war nicht stumpf und gleichgültig, sondern interessiert und bewies große Liebe und Anhänglichkeit an die Seinigen, sowie Verständnis und Mitgefühl für die auf der Station befindlichen kranken Soldaten.

Status: Der Knochenbau ist kräftig, das Brustbein im Bereich der 4. und 5. Rippe grubenförmig eingesunken. Dieser Fehler besteht angeblich seit dem 4. Lebensjahre und ist nach der Rachitis zurückgeblieben. Am rechten Oberschenkel an der Außenseite befinden sich dicht oberhalb des Knies an der Außen- und Rückseite in der Höhe der Gesäßfalte bläulich-rote Narben von Schußverletzungen. Die Muskulatur ist gut entwickelt, das Fettpolster gut ausgebildet. Die Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet. Die genitale Entwicklung und Körperbehaarung ist normal. Herz, Lunge und Unterleibsorgane sind ohne Krankheitszeichen. Die Pupillen sind beiderseits gleich, mittelweit und rund. Die Licht- und Konvergenzreaktion ist prompt, ausgiebig und beiderseits gleichmäßig. Konjunktival- und Kornealreflex ist beiderseits vorhanden. Die Augenbewegungen sind frei, Nystagmus ist nicht vorhanden. Im Fazialisgebiet sowie bei Prüfung von Gehör und Geschmack finden sich keine Besonderheiten. Das Gaumensegel hebt sich gleichmäßig. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert nicht. Aktive und passive Bewegungen sind normal. Atrophien und Ataxien nicht vorhanden. Die grobe Kraft ist gut. Tremor der Hände besteht nicht. Der



Gang ist ohne Besonderheit. Bei Fußaugenschluß keine Schwankungen, Radiusperiost und Trizepsreflexe sind schwach, Bauchdecken- und Hodenreflexe lebhaft, alle Reflexe beiderseits gleichmäßig. Patellar- und Achillessehnenreflexe sind trotz wiederholten Untersuchungen nicht zu erhalten. Babinski ist beiderseits negativ. Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit, Temperatur, Lagegefühl und Stereognosie sind intakt. Druckempfindlichkeit von Muskulatur und Nervenstämmen besteht nicht. Die Sprache und Schrift sind nicht gestört.

Das Gutachten der kommissarischen Untersuchung bewertet die Areflexie der Patellar- und Achillessehne mit folgenden Worten: „Das Fehlen der Knie- und Achillessehnenreflexe ist bemerkenswert, läßt aber bei der Isoliertheit des Befundes nicht den Schluß auf das Vorliegen eines organischen Rückenmarksleidens zu. Es muß vorläufig als seltene Abnormität gedeutet werden.“.

VI. Jakob S., geb. 3. 11. 1877 zu Zweisimen, von Beruf Schweizer, verheiratet. Aufgenommen 15. 5. 1917. Entlassen 16. 6. 1917. Diagnose: Imbezillität.

Der Vater ist mit 60 Jahren gestorben, die Mutter auch tot. Die Todesursache ist ihm unbekannt. Von drei Brüdern und drei Schwestern ist eine an einer Unterleibskrankheit gestorben. Über seine Entwicklung kann er keine Angaben machen. Krämpfe habe er nicht gehabt, auch angeblich keine Kinderkrankheiten und keine Neigung zu Infektionskrankheiten (Halsentzündung, Ausschläge). Er sei immer körperlich kräftig gewesen und habe seine Kindheit in der Schweiz verlebt. Von 6 bis 14 Jahren sei er zur Schule gegangen, habe aber wenig gelernt, da er oftmals zu Hause bleiben mußte und, weil die andern zur Arbeit gingen, auch keine Anleitung gehabt. Mit 16 Jahren ist er als Schweizer nach Deutschland gegangen. Er sei stets ruhig und verträglich gewesen und „könne sich nicht mit den kleinsten Kindern erzürnen“. Vor zwei Jahren hat er angeblich einen „Schlaganfall“ gehabt, seitdem alle paar Wochen einmal Kopfschmerzen in der Stirn und in den Augen. Im letzten Winter ist er an Lungenentzündung erkrankt. Rheumatische Beschwerden hätte er nie gehabt. Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten werden negiert. 1909 hat er geheiratet und aus dieser Ehe ein Kind. Im Februar 1917 erlitt er durch eine Lore unterhalb der linken Kniescheibe eine Verletzung. Seitdem kann Pat. das Bein nicht vollständig beugen. Er verspürt nur Schmerzen beim Treppensteigen und Tragen schwerer Lasten, und zwar hauptsächlich in der Kniekehle, aber auch in der Leistengegend Bei der Aufnahme des Status stellte er sich äußerst ungeschickt an.

Status: Die Muskulatur ist schlaffer, der Ernährungszustand schlecht. Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet. Es besteht ausgedehnte Vitiligo und Andeutung von weiblichem Behaarungstyp. Narben in der Bauchgegend. Plattfüße beiderseits. Der Schädel ist etwas hoch und mißt im Umfang 51 cm. Potenz hat nachgelassen. Herz und Lunge sind ohne Besonderheit, der Urin frei von Eiweiß. Pupillen rechts gleich links, mittelweit und rund. Die Lichtreaktion ist wenig ausgiebig, Konvergenzreaktion vorhanden, jedoch konvergiert er nicht richtig und benimmt sich dabei sehr empfindlich. Die Augenbewegungen sind frei. Es besteht geringe Einstellungsunruhe beim Blick nach links.



Das Gaumensegel hebt sich ausgiebig und gleichmäßig, die Zunge wird gerade herausgestreckt. Die Bauchdeckenreflexe sind nur links auszulösen (starke Spannung). Der Kremasterreflex ist beiderseits vorhanden Kniesehnenreflexe rechts gleich links (wenig lebhaft). Die Achillessehnenreflexe fehlen ganz. Atrophien sind nicht vorhanden. Die passiven Bewegungen sind normal. Es besteht eine geringe Bewegungsbeschränkung im linken Hüftgelenk. Die grobe Kraft ist rechts gleich links, Ataxien und Romberg nicht vorhanden. Der Gang ist nicht gestört. *Babinski*scher Zehenstreckreflex ist beiderseits negativ, das Lagegefühl der rechten großen Zehe ungestört, linke unbestimmt. Die Wassermann-Reaktion des Blutes ist negativ. Die Lumbalpunktion ergab in 1 mm³ ²/₃ Zellen, Nißl 1½ Teilstriche, Nonne negativ. Nach einem kühlen Bade von 10 Minuten Dauer war der linke Achillessehnenreflex mehrmals deutlich positiv, rechts auch dann, selbst bei wiederholter Untersuchung, nicht zu erhalten.

VII. Erich P., 21 J., Maschinenarbeiter, ledig.

P. ist in der Kindheit an Masern erkrankt. Der Schulbesuch war regelmäßig, doch kam er durch Umzug der Eltern nur bis zur zweiten Klasse. Mit 14 Jahren trat er als Kupferschmied in die Lehre. Danach lernte er als Maschinenarbeiter zwei Jahre. Bei Kriegsausbruch meldete er sich Oktober 1914 als Kriegsfreiwilliger. Februar 1915 erlitt er eine Drüsenanschwellung und wurde September 1917 deshalb operiert. Im Frieden will er Sonnabends und Sonntags bis zu 20 Glas Bier und für 2 Mark Schnaps getrunken haben. Nikotinmißbrauch und Geschlechtskrankheiten werden negiert. Die Eltern leben und sind gesund. Eine Schwester ist als Kind an unbekannter Krankheit gestorben. Der Vater war Potator.

Status: Brustumfang 86/91 cm, Größe 1,80 m, Gewicht 74 kg. Herz, Lungen und Unterleibsorgane sind ohne Krankheitsbefund. Es besteht mangelhafte Bartbildung, mangelhafte Körperbehaarung, jedoch kräftiger Knochenbau. Die Iris ist braun, die Pupillen beiderseits gleich, rund und mittelweit. Die Licht- und Konvergenzreaktion ist vorhanden, ebenso der Kornealreflex. Romberg ist negativ, der Würgreflex vorhanden. Obere und untere Bauchdeckenreflexe und Kremasterreflexe sind vorhanden. Die Patellarreflexe fehlen beiderseits, auch mit Jendrassik und nach kühlem Bade. Die Achillessehnenreflexe sind beiderseits vorhanden, Babinski negativ. Auf dem linken und rechten Unterarm Tätowierungen. Es besteht mäßiges Lispeln. Das Gebiß ist bis auf Verlust einiger unterer Molaren normal, ebenso die Schädelbildung. Der Schädelumfang beträgt 57 cm. Die Kinnbildung ist außerordentlich klein und gibt dem Gesicht ein vogelartiges Aussehen. Auf der linken Halsseite findet sich eine 5 cm lange Schnittnarbe. Blut-Wassermann ist negativ. Mehrere im Laufe von 3 Monaten vorgenommene Untersuchungen ergaben stets das beiderseitige Fehlen des Patellarreflexes, der auch durch keinen der bekannten bahnenden Reize zu erhalten war.

Diese sieben Fälle sind keineswegs übereinstimmend und infolge ihrer mannigfachen Verschiedenheiten mithin keineswegs gleichmäßig zu beurteilen. Wir müssen zunächst die sechs, bei denen Tabes aus-



zuschließen ist, von demjenigen unterscheiden, bei welchem die Wahrscheinlichkeit gering, aber immerhin doch vorhanden ist. Denn so möchte ich den Fall 4 auffassen, bei welchem sich 11 Monate vor der Untersuchung eine luische Infektion eingestellt hatte, außerdem die Lichtreaktion der Pupillen nicht sehr ausgiebig war. Wenn ich ihn trotzdem in meiner Arbeit berücksichtigt habe, so geschah es, weil ich nicht der Meinung bin, daß man das Fehlen der Achillessehnenreflexe in Anbetracht der Kürze der Zeit bereits als Frühsymptom einer Tabes oder einer Paralyse zu deuten habe, zumal sämtliche übrigen Anhaltspunkte hierfür fehlen. Auch bei Fall 6 ist die Lichtreaktion träge und wenig ausgiebig.

Wir müssen ferner einen Unterschied machen zwischen solchen Fällen, bei denen eine Störung beider Reflexe, also des Patellar- und des Achillessehnenreflexes, bestand, und solchen, bei denen nur das Fehlen des Achillessehnenreflexes nachgewiesen wurde. Unter Berücksichtigung dieser Momente kann ich, wenn ich bei den beiden zweifelhaften Fällen Tabes ausschließe, 7 Fälle anführen, bei denen Sehnenreflexe ohne nachweisbare organische Erkrankung fehlten, und diese wieder in drei Gruppen teilen.

1. Es fehlen sowohl Patellar- als auch Achillessehnenreflexe, beiderseits dauernd, in drei Fällen.

2. Es fehlt bei vorhandenen Patellarreflexen nur der Achillessehnenreflex dauernd beiderseits oder einseitig in drei Fällen.

3. Es fehlt bei vorhandenen Achillessehnenreflexen nur der Patellarreflex dauernd beiderseits in einem Falle.

Wenn ich die bisher in der Literatur veröffentlichten, in Betracht kommenden Fälle berücksichtige, so kann ich in Kategorie I dauernden Fehlens beider Reflexe die drei von *Siebert* veröffentlichten einreihen, während *Kölpin*s Fall von der Kategorie 2 insofern abweicht, als bei seiner Patientin zwar beide Achillessehnenreflexe, der Patellarreflex dagegen nur links dauernd negativ ausfiel. Die von *Weimersheimer* veröffentlichten 17 Fälle scheinen mir an dieser Stelle einer kurzen Kritik bedürftig. Nach seiner eigenen Angabe sind überhaupt nur 12 einwandfrei insofern, als hier die Reflexstörung ohne nachweisbare organische Erkrankung bestand. Unter diesen 12 muß ich 9 in meinen Untersuchungen deswegen ausscheiden, weil hier diese Reflexe niemals dauernd fehlten, sondern gelegentlich, wenn auch schwach sich nachweisen ließen. Somit bleiben nur drei Fälle, von denen sich nicht mit Sicherheit sagen läßt, ob nur die Patellarreflexe oder auch die Achillessehnenreflexe dauernd fehlten, da der Verfasser seine Angaben nur über die Patellarreflexe mit genügender Präzision macht.

Es scheint mir zweckmäßig, die von mir veröffentlichten Fälle zunächst einer gesonderten Besprechung zu unterziehen und sie



hierauf unter Berücksichtigung der aus der Literatur gesammelten zu würdigen.

Unter meinen 7 Beobachtungen sind 6 männlichen und 1 weiblichen Geschlechts. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß ich meine Untersuchungen im Kriege, also zu einer Zeit anstellte, wo einerseits in starkem Maße männliches Patientenmaterial die Kliniken aufsuchte, andererseits infolge militärbehördlicher Maßnahmen die Aufnahme der nicht dem Militärstande angehörenden Bevölkerung sehr beschränkt wurde.

Die von mir beobachtete Patientin ist unverheiratet. Von den Männern sind zwei verheiratet, vier ledig. Dem Lebensalter nach sind vier zwischen 18 und 23, drei zwischen 40 und 43 Jahren. Die körperliche Untersuchung ergibt in mehr als der Hälfte der Fälle Merkmale, die deswegen Beachtung verdienen, weil sie mit einiger Berechtigung als Stigmata degenerationis gedeutet werden können. Hiervon gehören bei Hedwig W. die späte Menstruation, die wenig entwickelten Mammae und der schmale Gaumen, bei Gustav He. und Jakob S. der weibliche Behaarungstypus der Pubes, bei Erich P. das auffallend kleine Kinn und die fast an einen Vogelkopf erinnernde Physiognomie.

Abgelaufene Krankheiten sind bei allen bis auf Fall IV zu verzeichnen. In einem Falle war während der Kindheit Bettnässen vorhanden. Von sogen. Kinderkrankheiten wird zweimal berichtet, nämlich Masern und Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie und Rachitis. Bei einer Pat. bestand angeblich wiederholt Pneumonie. Ein anderer gibt an, vor zwei Jahren einen Schlaganfall erlitten zu haben. Von weiteren anamnestischen Angaben interessieren vor allem die, welche einen Schluß auf die Intelligenz (Schulbesuch) und auf die Charakteranlagen zulassen. Als auffallend schlechter Schüler hat sich nach eigener Angabe Hermann K. gezeigt, er hat schlecht gelernt und schlecht behalten, ist auch seiner Dummheit wegen viel verspottet worden. Jakob S. hat in der Schule wenig gelernt, angeblich, weil er keine Anleitung hatte und oftmals zu Hause bleiben mußte. Als leidlich gute Schüler bezeichnen sich Hedwig W., der allerdings das Rechnen schwer fiel, und Fritz Schr. Erich P. hat die Schule regelmäßig besucht. Über den Erfolg fehlt freilich die Notiz, doch machte er auf mich den Eindruck eines intelligenten, geweckten Menschen. Eckard Ho. war nach eigener Angabe in der Schule gut. Ein ausgesprochener Intelligenzdefekt während der Schulzeit hat sich also nur in einem Falle bemerkbar gemacht. Bezüglich der Charakterveranlagung ergibt sich in 5 Fällen nichts Auffälliges. Hedwig W. ist nach Angabe ihrer Dienstherrin stundenweis störrisch, still, vor sich hinstarrend und auffallend empfindlich. Hermann K. scheint nach seiner Angabe menschenscheu zu sein.

Aus der sonstigen Lebensführung ist hervorzuheben, daß sich Eckard Ho. als Onanist, Erich P. als Potator bekennt.

Aus der Anamnese ist endlich noch von Belang, was über die Lebenshaltung der Eltern gesagt wird: in zwei Fällen war der Vater Potator, in einem die Mutter „nervenleidend (viel Kopfschmerzen)“. Wir haben mithin keine Veranlassung, in unseren Fällen an eine hereditäre Belastung zu denken.



Bevor ich auf den psychischen Befund der Patienten eingehe, will ich kurz die Berufs- und sozialen Verhältnisse erörtern.

Die erste Patientin ist Dienstmädchen, drei Fälle sind Vertreter der Landwirtschaft. Ich rechne den Pat. Jakob S., der von Beruf Schweizer ist, der Art seiner Tätigkeit wegen auch hierher. Zwei Patienten gehören dem Handwerker- bzw. dem Industriearbeiterstande an, und nur einer (Fall V) den höheren Ständen. Von 7 Patienten waren 6 mit körperlicher Arbeit und nur einer mit geistiger beschäftigt.

Ihren Berufen entsprachen auch meist die sozialen Verhältnisse dieser Leute. Es sind in zwei Fällen recht trostlose Zustände gewesen. Das Mädchen im Fall I ist so gut wie eine Vollwaise. Der Vater kümmert sich so wenig, daß nicht einmal feststeht, ob er lebt. Sie ist auch als Waise im Stift erzogen worden. Unter nicht gerade guten Verhältnissen scheinen sich die beiden Landwirte befunden zu haben. Der eine (Fall II) klagt über sehr häufige Krankheiten seiner Frau, der andere Fall (Fall III) erzählt, daß er als Kind so viel „Schorf und Eiter" im Gesicht und auf dem Kopf gehabt habe, daß er 8 Tage nicht sehen konnte. Das hier zweifellos vorliegende Ekzem weist auf eine ziemlich mangelhafte Körperpflege hin und läßt wohl auch einen Schluß auf die sonstige häusliche Kinderfürsorge zu. Die übrigen 4 Fälle befanden sich in durchaus geordneten Verhältnissen.

Die Psyche bietet bei einem Patienten (Fall VII) keinerlei Besonderheit; er ist ein geistig durchaus normaler Mensch. In zwei Fällen haben wir es mit Psychopathen zu tun. Imbezill sind zwei Männer, manisch-depressiv und hebephren je einer.

Beim Vergleich mit den in der Literatur veröffentlichten Fällen möchte ich grundsätzlich ausscheiden diejenigen Veröffentlichungen, bei denen

1. die Reflexe nicht dauernd fehlen (*Weimersheimer*, Fälle III—XI),
2. eine mechanische Ursache das Fehlen der Reflexe erklärt (*Weimersheimer* Nr. I u. II),
3. ein starker Verdacht auf Paralyse oder sonstige Rückenmarkskrankheiten bestehen (*Weimersheimer* Nr. XV—XVII).

Alsdann bleiben in der Literatur noch immer 9 Fälle, bei denen die Reflexe dauernd ohne nachweisbare Ursache fehlen und sich in meine vorhin unterschiedenen Kategorien einreihen lassen. Von diesen sind 7 weiblichen Geschlechts, 7 ledig, 2 verheiratet. Über die körperliche Beschaffenheit der weiblichen Patienten, sowie über das Vorkommen von Degenerationszeichen bei ihnen finden sich keine Angaben, außer einem vorhandenen Diabetes insipidus und einem Todesfalle wegen Tuberkulose. Bei den beiden Fällen *Strohmayers* findet sich ein organisch völlig gesundes Zentralnervensystem. Sie sind beide kriegsverletzt, jedoch ist die bei dem einen zurückgebliebene Fußlähmung hysterischer Natur. Körperliche Besonderheiten oder Degenerationszeichen finden sich bei beiden nicht. Der Schulbesuch ist in zwei Fällen als günstig bezeichnet, über die anderen jedoch nichts erwähnt. In einem Falle wird der Charakter religiös überspannt genannt. Drei Fälle sind väterlicherseits erblich belastet, in einem ist nur die Wahrscheinlichkeit einer Melancholie eines Bruders vorhanden. Die psychische Diagnose ist in den drei Fällen von

Siebert nicht angegeben, jedoch ist aus dem ganzen Bericht mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß keinerlei psychische Defekte vorlagen. *Kölpin* läßt in seinem Falle die Möglichkeit des Bestehens impulsiven Irreseins offen. In den drei Fällen *Weimersheimers* lag eine Manie, eine Melancholie und eine Paronoia vor. *Strohmayer* konnte in einem Falle eine Hysterie feststellen.

Das Lebensalter bewegt sich zwischen 19 und 37 mit Ausnahme eines Falles von 16 und eines von 51 Jahren.

Mit den von mir veröffentlichten Fällen verfügen wir also über 16 Beobachtungen, bei denen dauernder Reflexmangel des einen oder andern oder beider Sehnenreflexe vorhanden waren.

Es fehlen:

1. **beide Reflexe in 8 Fällen,**
2. **nur Achillessehnenreflexe bei ein- oder doppelseitigem Vorhandensein des Patellarreflexes in 4 Fällen,**
3. **der Patellarreflex bei vorhandenem Achillessehnenreflex oder mangelnder Angabe hierüber (*Weimersheimer*) in 4 Fällen.**

Es ist wohl im Interesse einer besseren Zusammenfassung des Beobachteten nicht zweckmäßig, eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen ein- und doppelseitigem Fehlen der Reflexe vorzunehmen. Dagegen halte ich für beachtenswert, daß in meinen Fällen der Patellarreflex konstanter vorhanden war, als der Achillessehnenreflex. Nur in einem Falle fehlte der Patellarreflex beiderseitig bei Bestehen des Achillessehnenreflexes.

Ich möchte daher fast annehmen, daß trotz der fehlenden Angaben der Achillessehnenreflex in den drei Fällen *Weimersheimers* ebenfalls gefehlt hat.

Suchen wir zunächst nach ätiologischen Momenten, so fällt auf, daß unter den 16 Beobachtungen mit Ausnahme eines (Fall *Strohmayers*) sich eigentlich kein völlig gesunder befindet. Freilich ist keine Diagnose schwieriger als die der Gesundheit, und es ist schwer abzugrenzen, wo man einen Patienten als nicht mehr gesund anzusehen hat. Ein solcher Fall liegt nach meiner Beobachtung bei Erich P. vor, der zwar viel an Kopfschmerzen litt, sonst aber keinerlei Anzeichen aufwies. Es ist ferner hierbei zu berücksichtigen, daß bis auf den einen oben erwähnten Fall das gesamte Material aus Nervenkliniken stammt. Auch eine Präponderanz des einen oder anderen Geschlechts ist nicht festzustellen. Die 16 Beobachtungen betreffen zu gleichen Teilen Frauen und Männer, doch sind die oben erwähnten Verhältnisse zu berücksichtigen, unter denen das aus der Greifswalder Klinik zusammengetragene Material zustande kam. Unter den übrigen im Rahmen dieser Arbeit sonst nicht zu berücksichtigenden Fälle überwiegt allerdings stark das weibliche Geschlecht. Der größte Teil der Fälle nicht konstanten Fehlens des Patellarreflexes bei *Weimersheimer* rekrutiert sich aus Frauen. *Möbius*' (11) Untersuchungen von 56 alten Leuten über 80 Jahren ergaben von 9 Fällen doppelseitigen Fehlens des Patellarreflexes 7 weiblichen, 2 männlichen Geschlechts. Zwei Fälle einseitigen Fehlens waren Frauen, *Sternbergs* einzige Beobachtung ebenfalls. Ob dem Umstande, daß 6 Frauen der zitierten 8 Fälle ledig waren,

während unter den wenigen hier nicht sämtlich zur Berücksichtigung gelangten Verheirateten *Weimersheimers* sich eine Nullipara befand, eine besondere Bedeutung beizumessen sei, lasse ich dahingestellt, möchte aber die Tatsache nicht unerwähnt lassen.

Über körperliche Degenerationszeichen machen die anderen Autoren außer *Sommer* und *Strohmayer* leider keine Angaben. In *Sommers* beiden Fällen waren Degenerationszeichen an den Ohren vorhanden, *Strohmayers* wiesen keine auf. Krämpfe konnten in keinem Falle festgestellt werden; dagegen bestanden in einem Falle in der Kindheit Anfälle vor Pavor nocturnus. Der Schulbesuch war zweimal von mangelhaftem, dreimal von gutem Erfolg. Die übrigen Berichte erwähnen nichts hierüber. Sechs Anamnesen erwähnen Charaktereigentümlichkeiten, darunter befindet sich ein Potator und ein Onanist. Auch die Familienanamnese weist einen Potator auf. *Strohmayer* war in der Lage, bei seinem einen Fall erbliche Belastung aus eigener Beobachtung nachzuweisen. Die Mutter des Patienten war hysterisch, einen älteren Bruder hatte er als siebenjähr. Kind wegen einer hysterischen Abasie und als Soldat wegen hysterischer Rückenschmerzen behandelt. In 4 Fällen bestanden andere psychische Defekte. Soweit Angaben über den Beruf überhaupt gemacht sind, fanden sich zwei Angehörige der geistig tätigen, zehn der arbeitenden Klasse. Acht Psychosen sind sicher diagnostiziert, zwei bieten die Möglichkeit einer solchen, darunter eine impulsiven Irreseins. Fünf Patienten erscheinen den über sie gemachten Angaben nach gesund, sind aber, da sie aus Irrenanstalten stammen, funktioneller Erkrankungen stark verdächtig. Aus allen diesen Daten lassen sich besondere Schlüsse nicht ziehen.

Auf der Suche nach einer Erklärung des dauernden Mangels des Patellar- und Achillessehnenreflexes begegnet man meist der Behauptung vorliegender Degeneration. So hält *Schmidt*-Prag auf Grund eigener Beobachtungen „das gelegentliche Vorkommen einer Patellarsehnenareflexie im Sinne eines Degenerationszeichens für eine vollkommen gesicherte Tatsache."

Ähnlich äußert sich *Lewandowski* und erklärt diese seines Erachtens ohne Zweifel angeborene Anomalie als Degenerationszeichen, und *Bloch* sagt, er hätte den Eindruck, als wäre das Fehlen des Reflexes der Ausläufer, das letzte Mahnzeichen der erlöschenden oder zeitweise ruhenden neuropathischen Diathese. Er erklärt es auf Grund eines aufgestellten Stammbaums der Familie H. als vererbte, angeborene Mißbildung der Medulla. *Sommer* als „Merkmal erblicher Degeneration". *Weimersheimer* tut m. E. diese Theorie mit einer etwas zu souveränen Geste ab, wenn er sagt: „Es ist auch der Versuch gemacht, das Fehlen der Patellarreflexe als Degenerationszeichen" aufzufassen. Dieser Versuch erledigt sich wohl von selber, es braucht deshalb hier nicht näher darauf eingegangen zu werden." Ich muß der Autorität *Weimersheimers* über diesen Punkt die der obenerwähnten Autoren entgegenhalten.

Auf Grund der in der Literatur genannten Fälle und meiner eigenen Beobachtungen glaube ich ebenfalls, daß der Verdacht einer erblich degenerativen Anlage für das Bestehen eines Mangels des Patellar- und Achillessehnenreflexes nicht von der Hand zu weisen



ist, und er muß sich besonders dort aufdrängen, wo sich wie in einzelnen meiner und der zitierten Fälle anatomische Mißbildungen, die wir als Degenerationszeichen anzusehen gewohnt sind, diesem Reflexmangel zugesellen. Eine gewisse Stütze erhält diese Ansicht durch einen Fall, den mir Herr Geheimrat Prof. *Oppenheim* persönlich mitteilte und zu verwerten gestattete. Es handelte sich um ein Mädchen in den ersten Lebensjahren mit Persistenz des Lanugo, dem Patellar- und Achillessehnenreflex beiderseits fehlte.

Literatur.

1. *Beevor*, A case of amyotrophic lateral sclerosis with clonus of the lower jaw. Brain Vol. VIII, p. 516.
2. *Bloch, E.*, Neuropathische Diathese und Kniephänomen. Arch. f. Psych., 1882, Bd. XII, S. 471.
3. *Eisenlohr, C.*, cf. *Nonne*, Über diagnostische Bedeutung und Lokalisation des Patellarreflexes. M. m. W. 1888, S. 685.
4. *Eulenburg*, Über Sehnenreflexe bei Kindern. D. Z. f. prakt. Med. 1873, Nr. 31.
5. *Feilchenfeld*, Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen. D. M. W. 1884, S. 403.
6. *Helbing*, XVI. Kongr. f. inn. Med. Ref. in d. B. kl. W., 1898.
7. *Jaroschewsky*, Über das Kniephänomen in Beziehung zur Hautsensibilität der Patellargegend. Wratsch, 1884, Nr. 3 (russisch). Ref. im Neur. Z. 1884, S. 129.
8. *Jendrassik, E.*, Zur Untersuchungsmethode des Kniephänomens. Neur. Zbl., 1885, S. 412.
9. *Kölpin, O.*, Fehlen der Sehnenphänomene ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems. D. m. W., 1907, Jg. 33, Nr. 44.
10. *Lewandowski*, Über das Fehlen aller Sehnenreflexe ohne nachweisbare Erkrankung der Nerven. Handb. d. Neur. Bd. III, Allg. Teil, S. 171.
11. *Mainzer*, Das *Westphal*sche Zeichen bei Gesunden. D. m. W., 1908, Jg. 34, Nr. 36, S. 1553.
12. *Möbius, P. J.*, Notiz über das Schwinden des Kniephänomens bei alten Leuten. Zbl. f. Nhk. u. Psych., 1883, S. 217.
13. *Moritz, Fr.*, Die Krankheiten der peripheren Nerven des Rückenmarks und des Gehirns. J. von Mehrings Lehrbuch d. inn. Med., 1911, S. 732.
14. *Nonne, M.*, Über diagnostische Bedeutung und Lokalisation des Patellarreflexes. M. m. W. 1888, S. 685.
15. *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913. I. Teil, S. 139.

16. *Pelizaeus, Fr.*, Zur Untersuchungsmethode des Kniephänomens. Neur Zbl. 1886, S. 50.
17. *Schermer, H.*, Über ein spinales Symptom im Rekonvaleszentenstadium akuter Manie. M. m. W., 1889, S. 285.
18. *Schmidt, R.* (Prag), Die Sehnenreflexe mit besonderer Berücksichtigung des *Westphal*schen Phänomens von biologisch-konstitutionellen Gesichtspunkten. M. Kl., 1918, S. 899.
19. *Siebert, H.*, Über das Schwinden der Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten. D. Z. f. N., 1916, Bd. 54, 6.
20. *Soltmann*, Über das Hemmungsnervensystem der Neugeborenen. Jb. f. Kinderheilk. u. psych. Erz. Leipzig 1877, Bd. XI, p. 101. D. Z. f. pr. Med.
21. *Sommer, M.*, Über das *Westphal*sche Zeichen als Merkmal der erblichen Degeneration. Monatschr. f. Psych. u. Neur., 1901, S. 198.
22. *Sternberg, M.*, Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. Leipzig u. Wien 1893, S. 86, 91, 99 u. 278.
23. *Strohmayer, W.*, Reflektorische Pupillenstarre und *Westphal*sches Zeichen als Anlage-Anomalie. Neur. Zbl. Jg. 38, S. 418.
24. *Tomlinson, H. A.*, A case of acute melancholia. J. of. nerv. an ment. diseases. New York. 1890, p. 75.
25. *Weimersheimer, M.*, Über den angeborenen Mangel der Patellarreflexe. Inaug.-Dissert. München 1906.
26. *Westphal, C.*, Über das Fehlen aller Sehnenreflexe ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems. Allg. Z. f. Psych. 1916, Bd. 72.
27. Ders., Über eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Kniephänomens und über dieses selbst. Arch. f. Psych., 1882, Bd. XII, S. 808.
28. Derselbe, D. Z. f. Nervenheilk., 1918, Bd. 60, S. 79.
29. *Zenner, P.*, Über das Kniephänomen. Neur. Zbl. 1886, Nr. 14, S. 316.



Über psychische Störungen nach Durchschuß beider Stirnlappen.

von
Dr. Schob,
Oberarzt an der städt. Heil- u. Pflegeanstalt Dresden.

Bei der großen Zahl und Mannigfaltigkeit der Schußverletzungen des Gehirns war zu erwarten, daß auch reine Stirnhirnverletzungen zur Beobachtung kommen mußten, und daß damit auch das Problem der Bedeutung des Stirnhirns wieder mehr in den Vordergrund des Interesses rücken würde. Die Verwertung der Kriegsverletzungen des Stirnhirns zur Klärung der noch strittigen Frage, welche neurologischen und psychischen Funktionen in das Stirnhirn zu lokalisieren sind, muß um so näher liegen, als es sich bei diesen Kriegsverletzungen ja meist um Schädigung bisher völlig intakter Gehirne handelt. Damit entfällt aber der Einwand, der gegen arteriosklerotische Erweichungsherde des Stirnhirns mit einem gewissen Recht geltend gemacht werden konnte: es handle sich bei den beobachteten neurologischen und psychischen Störungen nicht um Stirnhirnsymptome, sondern um Erscheinungen einer diffusen Schädigung des Gehirns durch Arteriosklerose. Und auch dem Einwand, der gegen die Deutung neurologischer und psychischer Symptome bei Stirnhirntumoren und -abszessen erhoben worden ist, es handle sich lediglich um den Ausdruck einer Allgemeinschädigung des Gehirns durch toxische Einflüsse oder durch Hirndruck, kommt bei Stirnhirnverletzungen, die aseptisch und ohne sonstige Komplikationen verlaufen, nicht die gleiche Bedeutung zu.

Unter den psychischen Störungen, die schon vor dem Kriege bei Stirnhirnläsionen beobachtet worden sind, hat ein Symptomkomplex die Aufmerksamkeit der Autoren auf sich gelenkt, der im wesentlichen durch einen auffallenden Mangel an Spontaneität, durch Mangel an Antrieb zum Denken und zur Ausführung spontaner, willkürlicher Bewegungen, sowie sprachlicher Äußerungen (Bewegungsarmut, Aki-



nese) charakterisiert ist: Tiefere Denkstörungen, Störungen der Auffassung, des Bewußtseins, der Merkfähigkeit, der Intelligenz fehlen dabei, wie bei Exploration der Kranken festzüstellen ist; ebenso besteht durchaus die Fähigkeit, alle Bewegungen auf Befehl prompt und richtig auszuführen. Es entstehen dabei Zustandsbilder, die eine große Ähnlichkeit mit katatonen Krankheitsbildern aufweisen, bisweilen aber auch bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer weitergehenden Demenz erwecken können.

Schon *Zacher* hebt bei der Besprechung seines vielzitierten Falles von doppelseitiger Erweichung des Stirnhirns hervor, daß der Kranke keinerlei Spur von Initiative, von geistiger Regsamkeit zeigte, daß es sich jedenfalls aber nicht um einen Zustand handelte, „den man gewöhnlich mit Apathie oder Indolenz zu bezeichnen pflegt, da der Kranke ja auf Fragen und Anrede zumeist prompt und richtig Antwort gab.“ Nach *Schuster* besteht bei Stirnhirntumoren vielfach ein Zustand einfacher allgemeiner geistiger Lähmung, den er folgendermaßen schildert: „Es besteht nicht so sehr eine Demenz, ein Nachlassen oder Versagen der Intelligenz, ein Fehlen der Verstandestätigkeit (in einzelnen Fällen ist sogar ausdrücklich hervorgehoben, daß die Kranken richtige Antwort gaben und orientiert waren), als vielmehr ein Zustand .... von Stumpfheit und erschwerter geistiger Auffassung. Die Patienten liegen meist ruhig und passiv im Bett, ...“ Auf Grund seiner statistischen Zusammenstellungen hat *Schuster* den Eindruck gewonnen, daß solche Zustandsbilder besonders bei Tumoren des linken Stirnlappens zur Beobachtung kommen. Später hat sich dann *Kleist* dahin ausgesprochen, daß es eine der Apraxie verwandte akinetische Bewegungsstörung gibt, die mit tonischen Spannungszuständen und kataleptischen Erscheinungen verbunden sein kann und mittelbar gewöhnlich auch zu einer allgemeinen Denkstörung (Denkhemmung) führt; *Kleist* deutet die Akinese solcher Kranker als „Mangel an Antrieb“ und hält sich für berechtigt, „die hirnphysiologischen Vorgänge, welche dem Antrieb zur willkürlichen Bewegung zugrunde liegen, im Stirnhirn anzunehmen“. Das linke Stirnhirn erscheint ihm in dieser Hinsicht von größerer Bedeutung als das rechte.

Die Kriegserfahrungen bestätigen, daß nach Stirnhirnverletzungen Zustandsbilder vorkommen, bei denen psychomotorische Störungen im Sinne einer Akinese im Vordergrund der Erscheinungen stehen. So berichtet *Kramer* von einem akinetischen Symptombild bei einem Soldaten mit Durchschuß beider Stirnlappen; der Pat. zeigte eine starke Herabsetzung der motorischen Spontaneität, lag fast regunglos im Bett, ließ Stuhl und Urin unter sich; im Gegensatz dazu gab er auf Befragen ziemlich prompt Auskunft, führte alle verlangten Bewegungen aus, zeigte sonst keine apraktischen Störungen, keinen Gedächtnisausfall, war immer orientiert. Im Lauf einiger Monate kehrte der Pat. in seinem psychischen Verhalten fast wieder zur Norm zurück; aber *Forster* konnte doch 2 Jahre später gelegentlich einer Nachuntersuchung bei dem Pat. das Symptom immer noch andeutungweise nachweisen: der Pat. hatte immer noch keine Unternehmungslust, er saß still da, seine Frau mußte ihn zu allem



anhalten. Ebenfalls bei einem Fall mit Durchschuß beider Stirnlappen beobachtete *Brodmann* ein Zustandsbild „wie es ähnlich von *Kramer* bei Stirnhirnverletzung beschrieben wurde“: monatelang andauernde Herabsetzung aller Spontaneität und akinetische Erstarrung (hier allerdings zeitweise durchbrochen von Bewegungsunruhe), motivloses Herumdämmern ohne Bewußtseinstrübung bei erhaltener Auffassung und Orientierung, ohne Apraxie und Lähmung, auf Aufforderung große Bewegungsverlangsamung mit Innervationsnachdauer, Wegfall aller spontanen sprachlichen Äußerungen trotz normaler Sprechfähigkeit und ohne erhebliche Denkhemmung. Wiederum bei einem Soldaten mit Durchschuß beider Stirnlappen spricht *Schultz* von initiativer und reaktiver Akinese; sein Pat. zeigte völlige Stumpfheit und Interesselosigkeit: „Er lag, wenn er nicht von außen angeregt wurde, völlig teilnahmlos im Bett, unterhielt und beschäftigte sich nicht ..., doch war er dabei sauber und äußerlich geordnet. Ein Besuch seiner Angehörigen schien ihn zu erfreuen.“ *Röper* erwähnt auffallenden Mangel an Spontaneität bei Stirnhirnverletzten als Teilerscheinung traumatischer Demenz. Einer seiner Patienten, bei dem wiederum ein Durchschuß beider Stirnlappen vorlag, zeigte starren Gesichtsausdruck, wenig Antrieb zu Bewegungen, unfreiwilligen Abgang von Stuhl, sonst keine weiteren Ausfallerscheinungen. In einem anderen Falle *Röper*s hatten in den ersten Wochen eigenartige katatone Symptome mit Enuresis bestanden. Ob es sich in diesem Fall um ein- oder doppelseitige Stirnlappenverletzung handelt, ist aus der Darstellung nicht zu ersehen; wie eine Bemerkung darüber auch bei *Pfeifer* fehlt, der einen Fall von monatelang bestehendem katatonischen Zustandsbild in Form von Akinese und Mutazismus anführt. Ein Krankheitsbild, das auffallend an katatonischen Stupor erinnerte, beobachtete *Rosenfeld* wochenlang bei einem Patienten, der wiederum einen Durchschuß beider Stirnlappen erlitten hatte. Sein Pat. „lag stets nur auf einer Seite mit leicht flektierten, an den Körper angezogenen Armen und Beinen. Er änderte diese Stellung, welche durchaus nicht als bequem zu bezeichnen war, niemals... Der Mann zeigte gar keine Spontaneität in seinen Bewegungen. In den geschlossenen Händen hielt er meist irgendeinen kleinen Gegenstand, oft einige Brotreste. Den Urin und Stuhl ließ er ins Bett laufen, ohne daß er sich durch die Verunreinigung belästigt fühlte. Passiven Bewegungen setzte er einigen Widerstand entgegen. Aufforderungen, Bewegungen auszuführen, befolgte er nur gelegentlich, meist gar nicht. Katalepsie war nicht vorhanden. Der Verletzte blickte stets ruhig vor sich hin, zeigte kein Interesse für irgendwelche Vorgänge seiner Umgebung. Er hatte keinerlei Wünsche vorzubringen. Dabei hatte man den Eindruck, daß der Mann die Vorgänge seiner Umgebung wohl beobachtete und wahrnahm. Die Nahrungsaufnahme war dadurch gestört, daß der Mann die festen Speisen, die ihm mit Zwang in den Mund gesteckt wurden, im Mund behielt, nicht hinunterschluckte und nach einiger Zeit wieder herausfallen ließ. Die flüssige Nahrung ließ er anfangs stets wieder herauslaufen. Zu sprachlichen Produktionen war er zeitweise überhaupt nicht zu bringen, dann antwortete er plötzlich wieder ganz korrekt auf einige Fragen, so z. B. auf die Frage nach seinen Personalien, nach seiner Verwundung, um dann gleich wieder in seinem Mutazismus zu verharren. Aphatische



Störungen waren nicht vorhanden; Affekterregungen fehlten. Nur von Zeit zu Zeit zeigte der Mann ein etwas unmotiviertes Lachen, namentlich wenn man ihn wegen seiner Unsauberkeit etwas vermahnte. Es fehlte im übrigen jedes Mienenspiel; spontanes Grimmassieren war nicht vorhanden.“ Diese Störungen klangen allmählich ab; Heilung nach drei Monaten.

Auch *Forster* beobachtete das Symptom der Bewegungsarmut, das er in Übereinstimmung mit *Kleist* auf Mangel an Antrieb zurückführt, bei einem Soldaten mit Schußverletzung beider Stirnlappen. Der Pat. wurde in benommenenem Zustand eingeliefert; nach einem operativen Eingriff schien er Fragen zu verstehen, antwortete aber entweder gar nicht oder nur mit ja bzw. nein, ließ unter sich gehen. An dieses Bild schloß sich einige Tage später ein wahrscheinlich auf hinzugetretenen Hirndruck zu beziehender Zustand deliranter Unruhe. Doch verfiel Pat. auch während dieses Zustandes mehrfach in einen fast katatonischen Zustand, drehte dauernd das Handtuch zu einem Knebel, schlug sich auf den Oberschenkel u. a. m. Etwa drei Wochen nach der Verletzung zeigte Pat. fast nur noch das Symptom des mangelnden Antriebes. Er sprach spontan nichts und auch auf Fragen antwortete er fast immer nur nach mehrfacher Wiederholung; auch sonst fehlte jeder Antrieb zu Bewegungen; er mußte zum Wasserlassen und Stuhlgang angehalten werden, ließ sonst unter sich, wusch sich nur, wenn er dazu angehalten wurde; kataleptisch; wurde ihm der Arm gehoben, so ließ er ihn in der gegebenen Stellung, auch andere ihm unbequeme Haltungen behielt er lange Zeit bei. Dabei war er orientiert, die Merkfähigkeit war gut. Er erschien auch seiner Frau gelegentlich eines Besuches apathisch und interesselos. Über den Ausgang dieser Erkrankung hat *Forster* nichts berichtet.

Durch anderweite psychische, wahrscheinlich auf Meningitis zurückzuführende Symptome ist das Krankheitsbild in dem Fall von *Dziembowsky* kompliziert, wo ebenfalls eine, später durch Autopsie festgestellte, Verletzung beider Stirnlappen vorlag; doch tritt der Symptomkomplex immerhin hervor: der Pat. zeigte nicht das geringste Interesse für seine Umgebung, für seine Eltern, antwortete sehr schwer; die Antworten waren meist bejahend, brach oft plötzlich ab, ließ Urin und Stuhl oft unter sich gehen.

Kleist hat bei Stirnhirnverletzten — ob bei frischen oder älteren Fällen, ob nach ein- oder doppelseitigen Verletzungen, geht aus dem kurzen bisher vorliegenden Referat nicht eindeutig hervor — manchmal einen Ausfall an motorischer, sprachlicher und gedanklicher Regsamkeit gesehen. Perseveration, Stereotypie und Perseveration hat *Kleist*, der jetzt neben der Stirnhirnakinese noch eine parietale Akinese annimmt, bei Stirnhirnverletzten nicht beobachtet. Dagegen nahmen einige seiner Stirnhirnverletzten „abnorme Haltungen ein, in die sie immer wieder zurückkehrten: diagonale Lage im Bett, Drehung von Kopf und Rumpf nach der einen Seite, Kopfneigung nach links oder rechts, Bauchlage“.

Ähnliche Bilder mit Mangel an Spontaneität und Bewegungsarmut haben wohl auch *Allers*, *Poppelreuter* u. a. gesehen; *Poppelreuter* hält die „Bewegungsarmut“ allerdings nicht für die Folge der Zerstörung eines im vorderen Stirnhirn lokalisierten Anregungszentrums für Bewe-



gungen, sondern für Folgeerscheinungen einer charakteristischen Stirnhirnapathie, die Teilerscheinung einer Gesamtveränderung der Persönlichkeit ist.

Einen weiteren Beitrag zur Kenntnis des besprochenen Symptom komplexes soll die Mitteilung des nachstehenden, auch durch den Verlauf interessanten Falles bringen, den ich als ordin. Arzt auf der neurochir. Korpsstation des XII. A.-K. (Dr. *Krüger* und Dr. *Mauß*) beobachten konnte.

H., Jäger, geb. 1897, früher Schlosser. Erblich nicht belastet; in der Schule mäßig gelernt; einmal sitzen geblieben. Entlassungszensur IIIa, Betragen I. Sonstige Beurteilung: Schwach begabt, dabei flatterig, schwatzhaft, unaufmerksam, kindlich, etwas läppisch. In der praktischen Lehre nach Angabe seines Lehrherrn ziemlich geschickt und von guter Auffassung; zog sich aber wegen seines vorlauten Benehmens manchen Tadel zu. Über den geistigen Zustand kurz vor der Verwundung schreibt sein Nebenmann: „Vor seiner Verwundung war H. ein sehr geschickter und anstelliger Soldat; seinen Dienst hat er immer gut und diensteifrig versehen. Auch bei unseren Vorgesetzten war er beliebt und angesehen .... und stand wegen guten Exzerzierens und größter Aufmerksamkeit immer im ersten Gliede.... von Erregbarkeit kein Gedanke. Gehorsam und folgsam war er zu jeder Zeit. Auch Disziplin hielt er aufrecht. Gedanken zum Weglaufen hat er niemals mit sich geführt."

Am 10. 3. 17 erhielt H. durch Versehen eines Kameraden auf einem Schießplatz einen Schuß durch die Stirn. H. wurde sofort in ein bulgarisches Lazarett verbracht; hier wurde festgestellt: Einschuß klein l. Stirnseite, Ausschuß r. Stirnseite, zerfetzt, Abfluß von zertrümmerter Gehirnmasse. Schwere Bewußtlosigkeit, Brechreiz, schlechter Puls. Fieber nur 5 Tage. In den ersten Tagen große Unruhe der Extremitäten, phantasiert leise vor sich hin, läßt unter sich gehen. Unterm 16. 3. ist vermerkt: Pat. antwortet auf Fragen; schläft viel; manchmal mit offenen Augen. Sensorium frei. — In den nächsten Wochen anscheinend keine wesentliche Änderung; Krankengeschichte enthält nichts Wesentliches. Am 17. 5. 17 in die Nervenabteilung eines deutschen Feldlazaretts überführt. Aus dem Aufnahmebefund sei folgendes hervorgehoben: Bauchdeckenreflexe herabgesetzt; Patellarreflexe stark herabgesetzt; Puls sehr wenig gespannt, gleichmäßig, regelmäßig. Während der Untersuchung fängt Pat. laut an zu schlucken, auf Befragen, warum er das tue, antwortete er: „Ich weiß nicht." Beim Zungezeigen fängt Pat. plötzlich an stark zu schwitzen und zu zittern. Psychisch ist Pat. vollkommen ruhig, über Ort, Zeit und Person orientiert, gibt auf Befragen prompt Auskunft. Pat. läßt Stuhl und Urin unter sich, auch setzt er sich auf den verschlossenen Abortdeckel. Befragt, warum er das tue, weiß er es selbst nicht. „Ist das ungehörig? [Jawohl. Seit wann machen sie denn sowas?] Das kommt wohl von dem Schuß." — Die Verletzungsstellen waren zu diesem Zeitpunkt bereits verheilt.

Den Bericht über die folgenden Tage lasse ich wörtlich folgen:

18. 5. 17. Pat. ist ruhig und gefügig. Er spricht nur, wenn er gefragt wird. Über seine Person ist er gut orientiert. Fast jede Frage, die



man an ihn stellt, beantwortet er mit „Ja, ja". Nach einigen Wiederholungen erfolgt die richtige Antwort. Will man etwas von ihm wissen, muß man immer fragen; aus sich spricht er nichts. Lachen die anderen, lacht er mit.

19. 5. 17. Pat. verliert seinen Stuhlgang, wo er liegt oder sitzt; ebenso läßt er den Urin laufen. Nachdem er aufmerksam gemacht worden ist, daß er vorher zum Klosett gehen müsse, antwortet er „ja, ja", geht aber trotzdem nicht; man muß mit ihm gehen; dann geht er bereitwillig mit. Appetit und Schlaf gut.

20. 5. 17. Pat. steht nicht aus dem Bett auf und geht nicht zum Klosett; in 5 Minuten hat er es vergessen. Man muß bei ihm stehen bleiben, damit er sofort aufsteht. Geht er zum Klosett, so setzt er sich mit der geschlossenen Hose auf den Deckel. Sagt man ihm, das gehe doch nicht, er müsse doch den Deckel aufheben usw., gibt er zur Antwort „ja, ja".

21. 5. 17. Derselbe Zustand wie gestern. Pat. wird zum Klosett geführt; legt er sich ins Bett, so hat er in ungefähr ½ Stunde Stuhl und Urin ins Bett gehen lassen. Als man ihn zur Rede stellt, sagt er nur „ja, ja". Rechnen: einfache Aufgaben richtig. Den Unterschied zwischen Teich und Fluß, Korb und Kiste gibt er richtig an. Auf die Frage nach dem Unterschied von Geiz und Sparsamkeit, antwortet er: „Geiz führt man, Sparsamkeit macht man selber"; auf die Frage nach dem Unterschied zwischen Lüge und Irrtum: „Irrtum führt der Mensch; Lügen tut der Mensch." Aus Vogel, Nest, Baum bildet er einen richtigen Satz, bei Frühling, Sommer, Schnee schweigt er. „[Wollen Sie hier bleiben?] Das ist mir gleich. [Wollen Sie zum Truppenteil?] Das ist mir gleich. [Wollen Sie in den Schützengraben?] Das ist mir egal. [Da werden Sie aber totgeschossen.] Das ist mir egal. [Wollen Sie lieber leben?] Ja." Fängt während der Untersuchung wieder hell an zu gähnen. Pat. zeigt sehr wenig Affektäußerung. Zeigt immer dasselbe ausdrucklose Gesicht. Macht im allgemeinen einen etwas dementen Eindruck. Gedächtnisprüfung: Sechsstellige Zahlen werden immer mit demselben Fehler hergesagt. Eine vorgelegte Adresse wird nach ¼ Minute richtig nachgesagt.

23. 5. 17. Pat. liegt dauernd teilnahmlos und gleichgültig im Bett. Redet nur auf Befragen. Auf die Frage, ob er etwas Gutes zu essen will: „Ist mir egal. [Wollen Sie zu Ihrer Mutter?] Ist mir egal. [Bleiben Sie lieber hier?] Ja. [Wollen Sie lieber zu Ihrer Truppe?] Ist mir egal." Auf alle weiteren Fragen antwortet er entweder mit „ja, ja" oder mit „Ist mir egal".

Wassermann im Blut negativ.

Von Anfang Juni bis Mitte Juli 1917 ist H. dann in einem süddeutschen Lazarett behandelt worden; die Krankengeschichte ist abhanden gekommen. H. muß aber dort ähnliche psychische Störungen geboten haben, denn in dem Überweisungsschreiben des dortigen Arztes ist von Apathie, Perseverationen und Stereotypien die Rede.

Vom 25. 7. 17 bis 15. 10. 17 war H. in der Geisteskrankenabteilung des Reservelazaretts P. untergebracht. Der dortigen Krankengeschichte ist folgendes zu entnehmen: H. war stets klar und orientiert, faßte Fragen



richtig auf und antwortete ziemlich prompt. In seinem äußeren Verhalten fiel er durch eine große Stumpfheit, einen vollkommenen Mangel an Initiative auf, bisweilen erschien er etwas dösig. Spontan brachte er nie Klagen vor, auf Fragen antwortete er euphorisch, es gehe ihm gut. Für die Schwere seines Zustandes fehlte ihm jede Kritik; von selbst tat er gar nichts, war gegen alles gleichgültig, verhielt sich ganz passiv; mußte zu allem angestellt werden; willig, wenn er angestellt wurde; überhaupt korrektes militärisches Benehmen. Sehr vergeßlich; vergaß von einem Tag zum andern, daß er ein Urlaubsgesuch schreiben sollte; machte sich auch darüber keinerlei Gedanken. Die unmittelbare Merkfähigkeit für sechsstellige Zahlen war dabei nicht wesentlich gestört. Sehr häufig ließ er Kot und Urin ins Bett; stellte man ihn zur Rede, so antwortete er harmlos lächelnd „ja, ja", verunreinigte sich aber trotzdem sehr bald wieder. Erst späterhin war er bei Vorhalt leicht geniert. Bei der Intelligenzprüfung verhielt er sich wechselnd: bald rechnete er mit größeren Zahlen richtig, dann wieder falsch; während er manche schwierigen Definitionen, wie Kind und Zwerg, richtig gab, versagte er bei der Erklärung von Sprichwörtern völlig. Lieder, wie „Deutschland über Alles", „Ich hatt' einen Kameraden" aufzusagen, war er nicht imstande. Am 15. 10 17 wurde H. zu seiner Mutter beurlaubt; bereits am 18. 12. 17 brachte die Mutter ihren Sohn jedoch wieder ins Lazarett zurück. Wie Mutter und Schwester angaben, war er zu Haus teilweise nett, gutwillig, teilweise auch streitsüchtig und unbotmäßig gewesen; weiter sei er schwerfällig, ohne jeden Eifer und Ausdauer gewesen, es sei zwar Wollen, aber kein Vollbringen vorhanden, er sei in allem nicht mehr der Alte, habe in seinem Äußeren nicht mehr auf sich gehalten, sei vergeßlich gewesen, habe sich zurückgezogen, für Geschenke habe er sich nicht mehr bedankt, habe öfters eingenäßt usw.

Im Lazarett zeigte H. wieder das frühere Verhalten: er war ohne Initiative, stumpf-euphorisch, bisweilen etwas läppisch, willig, wenn er zur Arbeit angehalten wurde. Seine brieflichen Äußerungen zeigten neben mangelnder Sorgfalt der Schriftzüge, Wortauslassungen, inhaltliche Armut; dieselben Phrasen kehrten wochenlang in Briefen an die verschiedensten Adressaten wieder.

Am 8. 3. 18 wurde H. der Hirnverletztenstation XII. A.-K. überwiesen. Hier bot H. dasselbe Bild: er war stumpf, harmlos, zeigte von selbst keinen Antrieb sich zu beschäftigen, arbeitete aber, wenn er angestellt wurde. Die psychophologisch-pädagogische Prüfung ergab folgendes Resultat: Bei der *Kraepelin*schen Prüfung der fortlaufenden geistigen Arbeit des Rechnens arbeitete H. in mittlerem Tempo mit 2,21 % Fehlern; die Kurve, die weder Anfangs- noch Schlußantrieb zeigte, verläuft im Zickzack mit fallender Tendenz. Die höchste Erhebung findet sich im zweiten, die tiefste Senkung im 3. Stück. Bei der Prüfung des Wissensinventars nach mäßiger Volksschulanforderung liefert er im Aufsatz eine inhaltlich breite, formell sehr mangelhafte Arbeit; er vermag nicht das Wesentliche vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Zahlreiche Rechtschreibungsfehler. Flottes Lesen, aber oberflächlich mit Flüchtigkeitsfehlern, Verständnis des Gelesenen gut, Wiedergabe sehr gut. Rechenfertigkeit genügend. Nachsprechen von sechs Ziffern fehlerlos; bei der



*Bernstein*schen Probe 7 Figuren richtig bezeichnet. Beim Sortieren von 145 farbigen Blättern 12,3 % Fehler bei normalem Zeitverbrauch. Beim Legen eines Mosaikbildes aus 54 Einzelfeldern richtiges Arbeitstück in 5/6 der Normalzeit. Orientierung an der Sehtafel gut; ebenso fällt tachistoskopische Prüfung gut aus. Bei der *Ebbinghaus*schen Probe arbeitet er sehr langsam und unvollkommen; beim Ordnen von drei Gruppen unrichtig durcheinander gestellter Wörter zu drei sinnvollen Sätzen versagt H. völlig.

Am 5. 7. 18 wurde zum erstenmal ein leichter Krampfanfall beobachtet, dem am 23. 8. 18 ein typischer schwerer Anfall mit Zungenbiß folgte. Weiterhin wiederholten sich die Anfälle öfters, es handelte sich stets um doppelseitige, ohne besondere Aura auftretende typische epileptische Anfälle. Gegen Ende 1918 wurde der Pat. noch dadurch auffällig, daß er sich wiederholt eigenmächtig aus dem Lazarett entfernte und nach Haus lief, von wo ihn die Mutter gewöhnlich wieder zurückbrachte; dabei ist hervorzuheben, daß er auch nach der Revolution dem Arzt gegenüber eine durchaus korrekte militärische Haltung zeigte. Über den eingeschlagenen Weg konnte H. stets gut Auskunft geben; machte man ihm Vorhalt, so sagte er freundlich, es solle nicht wieder vorkommen; trotzdem lief er kurze Zeit darnach wieder weg. Mit Rücksicht auf die Zunahme der Anfälle am 9. 1. 19 Wundrevision: Erweiterung der Knochenlücke. Glättung, Lösung von Verwachsungen zwischen Dura und Knochen: Enzephalolyse, wobei sich eine kleine Fistel entleerte. Ausschneidung der Fistel (Dr. *Krüger*). Glatter Heilungsverlauf.

Auch nach der Operation wieder Anfälle; sonst psychisch keine Änderung; wegen fortgesetzter unerlaubter Entfernung nach einer geschlossenen Station verlegt, wo er sich ebenfalls stumpf, harmlos, euphorisch zeigte. Am 5. 6. 19 nach Haus entlassen.

Am 5. 10. 19 wurde H. von der Mutter wiederum der Hirnverletztenstation zugeführt, weil er zu Haus unfolgsam, barsch, reizbar gewesen war. Der eingangs erwähnte Freund schreibt: „Während seiner Urlaubzeit ist er bei jeder Kleinigkeit gereizt; auch sehr leichtsinnig; er läuft gedankenlos herum.“ Er rauchte übermäßig stark; versuchte sich auf jede Weise Zigaretten zu verschaffen; verbot ihm seine Mutter das Rauchen, schloß er sich ein.

Auf der Hirnverletztenstation war H. wieder klar und orientiert, faßte Fragen prompt auf und gab prompte Antworten. Eine erst vor kurzem vorgenommene eingehende Intelligenzprüfung ergab folgendes: Schulwissen sehr gering; die Resultate sind aber schwankend und ungleichmäßig; öfters hat man den Eindruck, daß mehr Denkträgheit und Gleichgültigkeit als Unwissen Ursache der Falschantworten ist. Rechnen genügend. Rückläufige Assoziationen sehr schlecht; beim Aufsagen von Liedern fast völliges Versagen; Merkfähigkeit für sechsstellige Zahlen gut, ebenso zeichnerische Wiedergabe einer für kurze Zeit exponierten Figur; auch kleine Erzählungen werden recht prompt wiedergegeben. Unterschiedsfragen genügend beantwortet; *Bourdon*sche Probe fehlerlos; *Masselon*sche Probe genügend, *Ebbinghaus*sche Prüfung sehr mangelhaft.

Im Gegensatz zu der guterhaltenen unmittelbaren Merkfähigkeit ist das Gedächtnis für etwas zurückliegende Dinge mangelhaft: über



seine Kriegserlebnisse, über den Aufenthalt in den verschiedenen Lazaretten vermag H. nur ungenügend und lückenhaft zu berichten. Für seine Verwundung und die nächste Zeit ist er amnestisch; es ist nicht genau festzustellen, auf wieviel Zeit sich die Amnesie erstreckt; eine stärkere retrograde Amnesie besteht nicht. Daß er in einem bulgarischen Lazarett gewesen ist, daran will er sich erinnern können. Er weiß auch noch, daß er dort so regunglos gewesen ist, gibt an, das Gehen sei ihm so schwer gefallen. Weiß noch genau, daß er sich mit geschlossener Hose auf den Abort gesetzt hat, daß er Stuhl und Urin hat unter sich gehen lassen. Gibt an, er habe das gar nicht bemerkt, es sei ihm auch durchaus nicht unangenehm gewesen; erst viel später sei es ihm wieder unangenehm geworden, wenn er Stuhl oder Urin unfreiwillig verloren habe; er habe richtig verlernt gehabt, wie man seine Notdurft verrichte, erst in dem süddeutschen Lazarett habe er es wiedergelernt, da sei ständig ein Wärter mit ihm gegangen und habe es ihm gezeigt. Gibt auch an, daß er von selbst nicht gegessen habe, daß ihm das Denken schwer gefallen sei, daß er für nichts Interesse gehabt habe, auch nicht für seine Mutter.

Im täglichen Leben fällt eine gewisse Vergeßlichkeit auf, er verlegt und verliert oft Sachen, kann sie nicht wiederfinden.

Auf Station ist H. leicht euphorisch, stumpf, sitzt untätig herum, liest fast nie, nimmt am kameradschaftlichen Leben wenig Anteil, zeigt für die Zeitereignisse kein Interesse, äußert nie den Wunsch nach Beschäftigung, macht sich über die Zukunft keine Gedanken, läßt sich von den Pflegern aber willig anstellen. Im Verkehr mit Arzt und Personal ist er höflich und militärisch; im Verkehr mit den Angehörigen und den Kameraden rechthaberisch, läppisch, manchmal etwas renommistisch. Seine Kameraden nehmen ihn nicht für voll, „er ist ein Kind", „sagt Sachen, die ein Erwachsener nicht sagt".

Mit Vorliebe treibt H. sich herum; er bleibt tagelang weg; läuft trotz aller Verbote immer wieder zu seiner etwa 25 km entfernt wohnenden Mutter; bringt kein rechtes Motiv vor; gibt sein Unrecht ohne weiteres zu, erliegt aber hemmunglos dem nächsten Antrieb. Nie amnestisch für sein Weglaufen, schildert den Weg genau, den er genommen hat; der Stationspfleger hat den Eindruck, daß er weniger weggeht, wenn die epileptischen Anfälle sich häufen.

H. raucht sehr stark; hat er kein Geld, so verschleudert er seine Sachen zu unsinnig niedrigen Preisen an Kameraden, so verkaufte er mitten im Winter seinen Mantel und feste Stiefel im Wert von mehreren Hundert Mark für 25 Mark. Auch diese Vergehen gibt er mit freundlich stumpfem Lachen zu, sieht seine Torheit anscheinend ein, um bei der nächsten Gelegenheit wieder ebenso töricht und unüberlegt zu handeln.

Körperl. neurol. Befund: An der l. Stirnseite 1½ Querfinger über der Mitte der Augenbraue eine kleine reaktionslose Narbe; unter ihr im Schädel leichte Eindellung fühlbar. An der Stirnseite gut 2 Querfinger über dem äußeren Drittel der Augenbraue ein über markstückgroßer ziemlich glattwandiger Defekt im knöchernen Schädel fühlbar, Haut über diesem Defekt narbig verändert, eingezogen; deutliche Hirnpulsation

und Vorwölbung beim Pressen. Im Röntgenbild Defekte an den entsprechenden Stellen. — L. Pupille Spur > r., Reaktionen prompt; keinerlei Motilitätsstörungen, keine Sprachstörungen, keine Veränderungen der Sehnen- und Hautreflexe, keine Sensibilitätsstörungen, auch nicht im Gebiete des Trigeminus, keine Riechstörungen. Kein Romberg; Zeigeversuch ohne Störung, keine Ataxie.

Ziemlich häufig epileptische Anfälle, fast stets ohne Aura, doppelseitig, ab und zu Zungenbiß, nach den Anfällen bisweilen kurze Verwirrtheitszustände; hintennach völlige Amnesie.

Näßt ab und zu ein; es ist nicht immer sicher festzustellen, ob das Einnässen, das auch von der Mutter während des Urlaubs beobachtet worden ist, mit Anfällen zusammenhängt. Gibt an, daß der Urindrang manchmal sehr schnell bei ihm auftritt.

Fassen wir noch einmal das Wesentliche des Krankheitsbildes zusammen, so sehen wir, wie bei einem Patienten nach Durchschuß beider Stirnlappen sich zunächst eine schwere Bewußtseinsstörung verbunden mit deliranter Unruhe einstellt — das gewöhnliche Bild, das nach schweren Hirnverletzungen beobachtet wird (Kommotionspsychose). Nach dem Abklingen oder wahrscheinlich während des Abklingens dieser Bewußtseinstrübung — dafür spricht, daß der Pat. jetzt über die ersten Wochen seines Lazarettaufenthaltes in Bulgarien nur unvollkommen orientiert ist — tritt nun ein Symptomkomplex deutlich hervor, der durch folgende Erscheinungen charakterisiert ist: im Vordergrund steht ein auffallender Mangel an Spontaneität, der sich vor allem in einem Mangel an Antrieb zu spontanen willkürlichen Bewegungen und sprachlichen Äußerungen kundgibt, verbunden damit sind Interesselosigkeit und zeitweise eine gewisse Erschwerung des Denkens; eine tiefergehende Denkhemmung fehlt, wie aus der meist prompten Auffassung und Beantwortung von Fragen hervorgeht. Bisweilen ist eine gewisse Perseveration vorhanden (vgl. Eintrag vom 20. 5. 17); und auch Neigung zu gewissen Stereotypien scheint zeitweise bestanden zu haben. Nach dem vollen Abklingen der initialen Bewußtseinsstörungen ist die persönliche, zeitliche und örtliche Orientierung erhalten, die Merkfähigkeit scheint ohne tiefgehende Störungen gewesen zu sein. An neurologischen Symptomen fanden sich damals Herabsetzung der Bauchdecken- und Sehnenreflexe, Schlafsucht, Neigung zu Gähnen, Schlucken, plötzliche Schweißausbrüche.

Der geschilderte Symptomkomplex war 4 Monate nach der Verletzung noch in voller Ausprägung nachweislich (vgl. Krankengeschichte des Lazaretts in P.). Weiterhin ging das Bild ganz allmählich in den noch jetzt vorhandenen Endzustand über: der Pat. ist klar und orien-



tiert, Auffassungsvermögen und Vorstellungsablauf zeigen keine wesentliche Erschwerung; auf Aufforderung ist der Pat. wohl imstande, seine Aufmerksamkeit zu konzentrieren; die unmittelbare Merkfähigkeit ist gut, das Erinnerungsvermögen für zurückliegende Ereignisse ist mangelhaft; auch im täglichen Leben machen sich Gedächtnisstörungen bemerbkar. Die Intelligenz ist deutlich, aber sehr ungleichmäßig herabgesetzt. Im äußeren Verhalten zeigt der Pat. geistige Abstumpfung, Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, Mangel an Initiative, verbunden mit Euphorie und einem läppischen Einschlag, andererseits eine mäßige Reizbarkeit, Neigung zu triebartigem Weglaufen und zu unüberlegten Handlungen, sobald die Befriedigung vorhandener Begierden in Frage kommt.

Der Symptomkomplex, der im vorliegenden Falle direkt nach dem Abklingen der initialen Bewußtseinsstörung zur Beobachtung kam, deckt sich im großen und ganzen mit den Bildern, wie sie von anderen Autoren gezeichnet worden sind; namentlich der Fall *Kramers* zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der vorstehenden Schilderung meines Falles. Der Fall H. kann demnach ebenfalls als Beweis dafür angesehen werden, daß tatsächlich im Stirnhirn ein psychischer Mechanismus lokalisiert ist, dessen Schädigung sich in Mangel an Spontaneität, in Mangel an Antrieb zu Bewegungen, zu sprachlichen Äußerungen und zum Denken kundgibt. Perseveration, Katalepsie, Stereotypien, überhaupt an katatone Symptome erinnernde Erscheinungen können sich offenbar mit dem Symptomkomplex des Mangels an Spontaneität, des Mangels an Antrieb verbinden. Ich halte mich nicht für berechtigt, im vorliegenden Fall aus dem Bild während des akuten Stadiums, das ich nicht selbst beobachten konnte, weitgehende Schlüsse über das gegenseitige Verhältnis zwischen Mangel an Antrieb zu Bewegungen und Mangel an Antrieb zum Denken zu ziehen; aber auch wenn man nicht im Anschluß an *Kleist* und *Forster* das Primäre und Wesentliche in den Störungen der Motilität erblicken will, so wird man kaum *Poppelreuter* folgen können, der die Bewegungsarmut lediglich aus Apathie erklären will; dagegen scheint mir doch zu sprechen, daß im Gegensatz zu der fast völlig fehlenden Spontaneität die Reaktion auf Fragen und Befehle mindestens zeitweise durchaus prompt erfolgte. Auch die katamnestischen Angaben des Pat., nach denen ihm die Erschwerung der Bewegungen und des Denkens während des akuten Stadiums deutlich zu Bewußtsein gekommen ist, sind nicht recht mit der Ansicht *Poppelreuters* vereinbar.



Noch nicht genügend ist die Frage geklärt, ob der geschilderte Symptomkomplex in seiner vollen Ausbildung sowohl nach einseitiger wie nach doppelseitigen Stirnhirnverletzungen auftreten kann; wie die oben gegebene Zusammenstellung genau mitgeteilter Einzelbeobachtungen zeigt, zu denen noch der Fall H. hinzuzurechnen ist, handelt es sich bei diesen ausnahmslos um doppelseitige Stirnhirnverletzungen.

Unter den Einzelsymptomen des beschriebenen Krankheitsbildes erscheint mir die Beobachtung, daß der Pat. Stuhl und Urin unter sich gehen ließ, von besonderer Bedeutung. Es ist auffallend, daß dieses Symptom sich in der Mehrzahl der oben zusammengestellten Fälle findet; es ist auch auffallend, daß dieses Symptom bisweilen recht lange, auch nach Abklingen der eigentlichen schweren Bewegungsarmut noch nachweisbar ist, so in einem Falle *Röpers*, so auch im vorliegenden Falle. Interessant ist auch ein weiterer Fall *Röpers*, wo das Einnässen, das bereits geschwunden war, nach einem operativen Eingriff in der Stirngegend nochmals vorübergehend auftrat. Dieses Symptom ist von den meisten Autoren wohl lediglich als Teilerscheinung des Mangels an Antrieb aufgefaßt worden; ob diese Ansicht völlig zutreffend ist, erscheint mir zweifelhaft. Die natürlich nur mit einem gewissen Vorbehalt zu verwertenden katamnestischen Angaben des Pat., nach denen er die regelrechte Entleerung von Stuhl und Urin geradezu verlernt haben will, aber auch das eigenartige, in vieler Hinsicht doch an Apraxie erinnernde Verhalten des Patienten, der sich mit geschlossener Hose auf den geschlossenen Abortdeckel setzt und so sein Bedürfnis verrichtet, lassen daran denken, daß es sich hier möglicherweise doch um die Schädigung eines besonderen Mechanismus im Gehirn handelt. Eine solche Annahme liegt meiner Ansicht nach um so näher, als die Gewöhnung an Sauberkeit, die Gewöhnung an eine gewisse Regelmäßigkeit der Entleerung, namentlich des Stuhlganges, entschieden eine spezifische erworbene Eigenschaft ist. Zu bedauern ist, daß der Pat. nicht auf anderweite apraktische Störungen untersucht worden ist, und daß nicht festgestellt worden ist, wie er etwa auf andere unangenehme äußere Eindrücke, Schmerzreize, schlechte Gerüche usw. reagierte.

Ein gewisses Interesse kommt auch der Beobachtung eines plötzlichen starken Schweißausbruches zu (17. 5. 17); *Poppelreuter* hat darauf hingewiesen, daß bei Stirnhirnverletzten auch sonst auffällig leichtes und übermäßiges Schwitzen beobachtet wurde.

In allen den Fällen, die oben angeführt wurden, sind der Symptomkomplex des Mangels an Antrieb bzw. des Mangels an Spontaneität und katatone Erscheinungen innerhalb einiger Monate abgeklungen, ohne daß ausgeprägte dauernde Veränderungen der geistigen Persönlichkeit zurückgeblieben wären; nur zu dem Falle *Kramer* wird von *Forster* vermerkt, daß das Symptom etwa 2 Jahre nach der Verletzung noch andeutungweise nachweisbar war. Im vorliegenden Falle ist der ausgeprägte akute Symptomkomplex, insbesondere die Akinese, ebenfalls, wenn auch wesentlich allmählicher, abgeklungen, aber es ist hier ein dauernder psychischer Defekt geblieben, der sich weniger in der Störung einfacherer psychischer Leistungen als in einer schweren Schädigung höherer psychischer Funktionen, in einer gemütlichen Abstumpfung kundgibt.

Man könnte nun vielleicht einwenden, daß der jetzige Zustand sich erst unter dem Einfluß der hinzugetretenen Epilepsie entwickelt hätte. Dagegen spricht der Umstand, daß das jetzige Bild keine Züge aufweist, wie sie für chronische epileptische geistige Veränderungen charakteristisch sind; auch die Neigung zum Weglaufen kann kaum als typisches epileptisches Symptom angesehen werden; es handelt sich weder um Weglaufen im Dämmerzustand, noch unter dem Einfluß von epileptischer Verstimmung. Auch hat das jetzige Bild im wesentlichen bereits vor dem Auftreten der Epilepsie bestanden.

H. ist — wie aus den Berichten der Schule hervorgeht — schwach begabt gewesen; er war flatterig, schwatzhaft, unaufmerksam, kindlich läppisch, in der Lehre vorlaut. Man könnte daher meinen, der jetzige Zustand sei in der Hauptsache auf angeborene Defekte zurückzuführen. Auch dieser Einwand ist hinfällig. Denn aus dem Bericht des Lehrherrn und vor allem aus den Angaben seines Kameraden geht zweifellos hervor, daß H. vor der Verletzung tatsächlich eine anders geartete psychische Persönlichkeit gewesen ist, die den Anforderungen des beruflichen Lebens und des Militärdienstes genügt hat. Daß die erwähnten angeborenen Eigenschaften dem jetzigen Bild vielleicht eine besondere Färbung verleihen, ist nicht ganz von der Hand zu weisen; in dem läppischen, unreifen Benehmen des Patienten, in seinem ungezogenen, vorlauten Verhalten gegenüber der Mutter dürfen wir vielleicht den Ausdruck jener leichteren angeborenen Defekte erblicken.

Im übrigen ist aber der jetzige ausgeprägte psychische Defektzustand, worauf auch die kontinuierliche Entwicklung des Krank-



heitsverlaufs hinweist, zweifellos als dauernder Folgezustand einer schweren Stirnhirnverletzung aufzufassen.

„Ganz bestimmte, pathopsychologisch eindeutig festzulegende Ausfälle" kommen nach *Poppelreuter*, der den Ausgangszuständen von Stirnhirnverletzungen sein besonderes Augenmerk zugewandt hat, nicht zur Beobachtung; es gibt also keine durch eindeutige Ausfälle charakterisierte Stirnhirndemenz. „Stirnhirnsymptome sind", wie *Poppelreuter* weiter hervorhebt, „stets Allgemeinsymptome, und zwar allgemeine Veränderungen verschiedener Art und Intensität." Als solche Abweichungen führt der Autor einmal „Demenz bzw. intellektuelle Leistungsschwäche an, die sich vorwiegend auf die höheren Faktoren des Denkens, der Kombination, der Determination, des Urteils usw. erstreckt", zweitens Veränderungen „des Charakter- bzw. Gefühlslebens, zumeist innerhalb der normalen Breite".

Vergleichen wir damit das Krankheitsbild des Falles H., so sehen wir auch hier, daß sich der Defektzustand in einer ausgeprägten Veränderung der geistigen Gesamtpersönlichkeit, in Störungen der höheren intellektuellen Leistungen und in Veränderungen des Charakters kundgibt. Nicht ganz unberechtigt ist es aber vielleicht, wenn man den immerhin noch deutlichen Mangel an Initiative als Resterscheinung des im Beginn so ausgesprochenen Mangels an Spontaneität, des Mangels an Antrieb, somit als Resterscheinung des akuten Lokalsymptoms, auffaßt; vielleicht darf auch der auffallenden Euphorie des Kranken die Bedeutung eines Lokalsymptoms beigelegt werden.

Literatur.

Allers, Über Schädelschüsse usw. Berlin 1916, Springer.
Brodmann, Münch. med. Wchschr. 1915.
v. Dziembowski, D. med. Wchschr. 1916.
Forster, Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 46.
Kleist, Ergebnisse der Neur. u. Psych. Bd. 1.
Kramer, Neurol. Ztbl. 1915.
Poppelreuter, Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuß. Leipzig 1918. L. Voss. II. Bd.
Röper, Münch. med. Wchschr. 1917.
Rosenfeld, Arch. f. Psych. Bd. 57.
Schulz, Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 42.
Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumor. Stuttgart 1902. F. Enke.
Sitzungsbericht II. Kriegstagung des Deutschen Vereins f. Psych. in Würzburg. Allg. Ztschr. f. Psych. 64. Bd. (Vorträge von *Forster*, *Kleist*, Diskussionsbemerkungen von *Pfeifer*, *Poppelreuter*, *Röper*.)
Zacher, Neur. Ztbl. 1901.



Katamnestische Erhebung über 312 Fälle schizophrener Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsteilnehmerschaft[1]).

Von

Dr. **Johann Otto-Martiensen,** jetzt Heidelberg.

Unter dem Eindruck eines Patienten, der sich in der Nervenpoliklinik im August 1919 mit Gehstörungen vorstellte, und dessen Anamnese mehrfache Aufnahme in die hiesige Klinik wegen Hebephrenie ergab, und der trotzdem mehrere Jahre Kriegsteilnehmer gewesen war, wurde die vorliegende Arbeit, angeregt von Prof. *I. H. Schultz*-Jena, begonnen. Es sollte aus der Kriegsteilnehmerschaft bzw. dem Heeres- oder Hilfsdienst während des Krieges als auf einer einigermaßen sicheren und objektiven Grundlage über das spätere Schicksal von Kranken nachgeforscht werden, die zur Gruppe der Schizophrenien der augenblicklichen wissenschaftlichen Meinung nach gehören.

Zu diesem Zwecke wurden aus den Präsenzlisten der Klinik alle nach 1870 geborenen Männer, deren Diagnose auf eine einschlägige Erkrankung hindeutete, ausgezogen. Unter Weglassung von ungefähr 150 Fällen, die sich im Verlauf der weiteren Vorarbeiten als zu weit abliegend erwiesen, blieben 527 Fälle, die nach Diagnose bzw. hiesigem Verlauf in Betracht kamen. Hierzu gehörten auch Fälle, die — besonders in der Zeit vor 1900 — noch unter der Diagnose Paranoia gegangen waren.

Über diese 527 Fälle wurden über 1000 Anfragen an Patienten selbst und andere Anstalten (durch gütige Vermittlung des Herrn Prof. *Berger*) und Versorgungsämter (durch gütige Vermittlung des Herrn Stabsarzt Dr. *Sommer*, Chefarzt des Res.-Lazaretts Jena) abgesandt. Gefragt wurde nach aktivem Militärdienst, Kriegsdienst, Berufstätigkeit, zum Teil Kriminalität, jetzigen Diagnosen, Todes-

---

[1]) Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik zu Jena (Direktor Professor Dr. *Berger*).



ursache. 351 Antworten erfolgten, 312 Fälle betreffend, so daß ich in einigen Fällen über 2 und 3 Antworten verfüge. So baut sich denn die vorliegende Arbeit auf aus den in Präsenzlisten und Krankenblättern vorhandenen Angaben und dem oben erwähnten Antwortmaterial. Um das gewonnene Material nach Möglichkeit auszunutzen, wird versucht werden, neben den Ausgangsfragen einige andere Zusammenstellungen zu geben.

Erbliche Belastung fand ich positiv in 244 Fällen = 47 %, fraglich in 12 Fällen = 2,3 %, nicht nachweisbar in 263 Fällen = 50,7 % [1]).

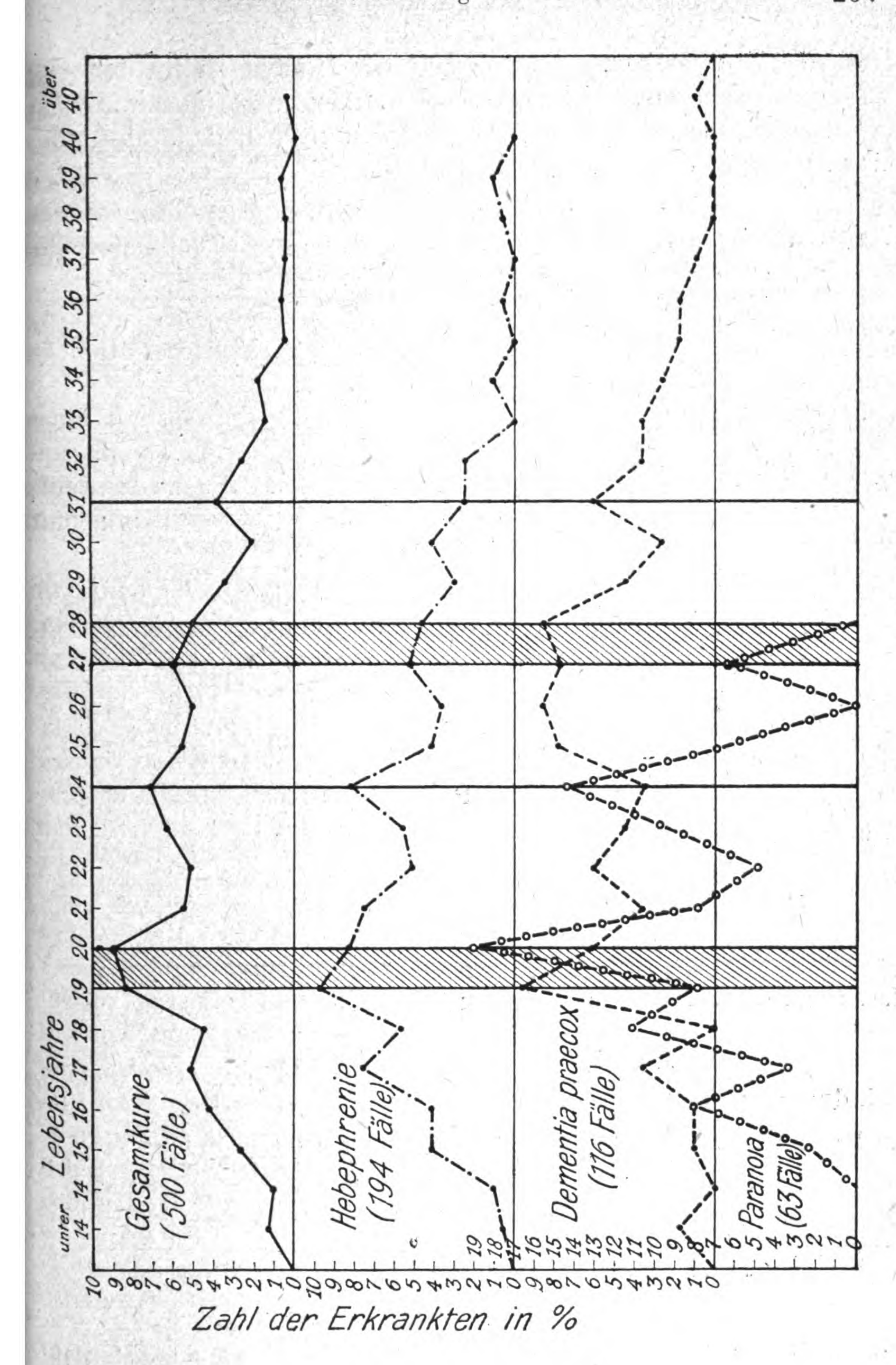
39 v. H. Fällen gehörten zu Berufsklassen, bei denen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit größere intellektuelle Veranlagung angenommen werden darf, während, wie ich zur Kontrolle aus der deutschen Berufsstatistik berechnet habe, für die Gesamtbevölkerung nur ein Verhältnis von 25 v. H. besteht.

Was das Erkrankungsalter anlangt, so habe ich nicht wie *Kraepelin* und *Wolfsohn* eine Tabelle von 5 zu 5 Jahren entworfen, sondern die Erkrankungsziffern für jedes Lebensjahr aufgestellt und als Kurve in ein Koordinatensystem eingezeichnet, in dem auf der Ordinate die Lebensjahre, auf der Abszisse die in Prozent berechneten Erkrankungsziffern aufgetragen wurden. Es zeigte sich nun bei der zuerst aufgestellten Gesamtkurve, die sich auf 505 Erkrankungsfälle stützt, eine gewisse Periodizität mit Maxima im 19. u. 20., 24., 27. und 28. (und 31.) Lebensjahr. Um die Probe auf die Zufälligkeit dieser Periodizität zu machen, wurden beliebige Fälle: 1. alle mit der Diagnose Hebephrenie, 2. alle mit der Diagnose Dementia praecox und 3. alle mit Diagnosen, die der Paranoiagruppe angehören, für sich ausgezogen und in ihren Erkrankungszahlen kurvenmäßig aufgezeichnet. Dabei zeigte sich eine gewisse Parallelität dieser Kurven. Besonders läuft die bestbegründete Kurve der Hebephrenien (195 Fälle) in auffallender Weise der Gesamtkurve parallel. Auch die Erhebungen und Remissionen der Paranoiagruppe machen in grotesker Weise (es liegen nur 63 Fälle zugrunde) [2]) die Bewegungen der beiden vorgenannten mit. Daß auch die Gegensätzlichkeiten der

[1]) Vgl. die von *Kraepelin* in seiner Psychiatrie zitierten Autoren und seine eigenen Untersuchungen.

[2]) Die zum größten Teil aus den Jahren vor 1900 stammen, so daß also zeitliche Einflüsse (größere Kenntnisse über psychische Erkrankungen in weiteren Bevölkerungsschichten) keine Rolle spielen würden.




Lebensjahre
unter 14
über 40
Gesamtkurve (500 Fälle)
Hebephrenie (194 Fälle)
Dementia praecox (116 Fälle)
Paranoia (63 Fälle)
Zahl der Erkrankten in %

Dementia praecox-Kurve den Verlauf der zweiten Hälfte der Gesamtkurve nicht wesentlich abzulenken vermögen, scheint mir darauf hinzudeuten, daß auch die Kurve der 131 übrigen Fälle in ähnlicher Weise wie die Gesamtkurve verläuft.

Wegen der Schwierigkeit des genauen Ablesens gebe ich für eventuelle Vergleiche die in Frage kommenden Werte in Zahlen.

Lebensalter	unt. 14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	Gesamtkurve (500 Fälle).													
Zahl der Erkrankten	6	14	21	26	23	42	45	27	26	31	36	28	26	30
In Prozent	1,2	2,7	4,1	5,1	4,5	8,3	8,5	4,5	5,1	6,3	7,1	5,6	5,1	5,9
	Hebephrenie (194 Fälle).													
Zahl der Erkrankten	1	8	8	14	11	19	16	14	10	11	16	8	7	11
In Prozent	0,5	4,1	4,1	7,5	5,6	9,7	8,2	7,5	5,1	5,6	8,2	4,1	3,6	5,1
	Dementia praecox (160 Fälle).													
Zahl der Erkrankten	2	1	1	4	—	11	7	4	7	5	4	9	10	9
In Prozent	1,7	0,9	0,9	3,5	—	9,5	6,0	3,5	6,0	4,4	3,5	7,7	8,5	7,7
	Paranoia (63 Fälle).													
Zahl der Erkrankten	—	1	5	2	7	5	12	5	3	6	9	4	—	4
In Prozent	—	1,4	7,8	3,2	11,1	7,8	19	7,8	4,8	9,5	14,3	6,3	—	6,3

Forts. s. u.

Lebensalter	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	über 40
	Gesamtkurve.													
Zahl der Erkrankten	26	17	10	19	13	7	8	2	3	2	2	3	—	1
In Prozent	5,1	3,4	2,0	3,8	2,6	1,4	1,6	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	—	0,2
	Hebephrenie.													
Zahl der Erkrankten	9	6	8	5	5	—	2	—	1	—	1	2	—	—
In Prozent	4,6	3,0	4,1	2,5	2,5	—	1,0	—	0,5	—	0,5	1,0	—	—
	Dementia praecox.													
Zahl der Erkrankten	10	5	3	7	4	4	3	2	2	1	—	—	—	1
In Prozent	8,5	4,4	2,6	6,0	3,5	3,5	2,6	1,7	1,7	0,9	—	—	—	0,9

Selbstverständlich darf diesem Ergebnis vorläufig kein erheblicher Wert beigelegt werden. Theoretisch läge ja die Überlegung nahe, daß die den schizophrenen Erkrankungen wohl mit großer Wahrscheinlichkeit zugrunde liegenden Pubertätsvorgänge [1]) mit ihren inkretorischen Revolutionen eine langfristige Periodizität aufweisen; daß, während manche Individuen gleich dem ersten Ansturm in bezug auf ihr Gehirn nicht gewachsen sind und die folgenden in mehr oder minder ausgeprägten Schüben mitmachen, andere vielleicht den ersten, zweiten und dritten Kampf siegreich bestehen, um dann schließlich doch aus dem Mißverhältnis ihrer Disposition zu den physiologischen Reifungsvorgängen eine schwere Schädigung der Großhirnrinde davon zu tragen. Sehr schnell würden ja Kurven aus dem Männermaterial anderer Kliniken ergeben, ob es sich bei unserem Resultat um eine reine Zufälligkeit handelt; besonders wertvoll würden Zusammenstellungen und Vergleiche von Kliniken sein, die über ein großes jüdisches Krankenmaterial mit erheblich früheren Pubertätsvorgängen verfügen.

Damit wenden wir uns dem Verlauf im einzelnen Fall zu.

In der folgenden Zusammenstellung muß ich mich der Übersichtlichkeit halber auf die aus den Antworten ersichtlichen Endausgänge beschränken. Sie ergeben folgendes Bild:

Nach ihrer ersten Aufnahme in die hiesige Anstalt wurden als geheilt entlassen und leben jetzt ohne Erscheinungen	1	Pat.	
Dasselbe nach zwei- oder mehrmaliger Aufnahme in die hiesige Anstalt	3	,,	
Nach Überführung in eine andere Anstalt wurden aus dieser geheilt entlassen	11	,,	
Somit hätten wir als Heilungen zu verzeichnen	15	,,	= 4,9 %
Gebessert wurden nach einmaligem hiesigen Aufenthalt entlassen	52	,,	
Nach mehrmaligem Aufenthalt	10	,,	
Gebessert wurden nach Überführung in eine andere Anstalt, von dort entlassen	28	,,	
Insgesamt also Besserung bei	90	,,	= 28,8 %
Zur Entlassung nach einmaligem hiesigen Aufenthalt als ungeheilt kamen	17	,,	
Nach mehrmaligem Aufenthalte	3	,,	
Aus anderen Anstalten	3	,,	
Somit Entlassungen ungeheilter Patienten	23	,,	= 7,4 %
Gegen leichten Revers wurden nach einmaligem Aufenthalt in Jena entlassen	5	,,	[2])
Nach mehrmaligem Aufenthalt	3	,,	
Insgesamt	8	,,	= 2,6 %
Gegen strengen Revers wurden entlassen	2	,,	= 0,6 %

[1]) Der Zusammenhang der schizophrenen Erkrankungen bei der Frau mit dem Fortpflanzungsgeschäft ist ja auch oft betont worden. Vgl. *Kraepelin* l. c. S. 929.

[2]) Von diesen war einer später sieben Jahre in einer anderen Anstalt,



Alle die bisher erwähnten Patienten (mit Ausnahme des in der Fußnote erwähnten) leben seit ihrer Entlassung außerhalb von Anstalten.

Jetzt noch in Anstalten befinden sich	66 Pat.	= 21,1 %
Gestorben [1]) in Anstalten oder zu Hause sind......	98 „	= 31,4 %
Der Rest von 3,2 % verteilt sich wie folgt:		
Endgiltig entweichen konnten aus Jena 2, aus anderen Anstalten 5, insgesamt...............	7 „	= 2,2 %
Z. Zt. seit längerer Zeit beurlaubt sind..........	3 „	= 1 %

Fassen wir kurz zusammen: Nach Entlassungsbefund und jetzigem Zustand sehen wir 15 Patienten geheilt, zu denen noch 8 Fälle hinzukommen, die sich laut ihrer eigenen Angabe als „praktisch geheilt" im Sinne *Kraepelins* [2]) erwiesen, so daß wir damit auf 7,4 % Heilungen kommen würden. Die Heilung besteht in diesen Fällen seit 2½ bis 27 Jahren.

Um zunächst die ungünstig verlaufenen Fälle vorweg zu nehmen, so haben wir noch in Anstalten 66 Patienten, zu denen 79 in Anstalten Verstorbene hinzuzurechnen sein würden. Diese 145 Fälle = 46,4 %, dürfen wir m. E. als Ausgang in schwere Verblödung ansehen.

Es bleibt somit ein Rest von 46,2 %, der alle die anderen Gruppen umfassen würde. Da mir in diesen Fällen als Unterlage für die Einordnung nur die subjektiven Angaben der Patienten zur Verfügung stehen, muß ich leider auf eine eingehendere Einteilung verzichten und diesen Rest als alle Formen von Defektheilungen bis zu Verblödungen, die noch gerade nicht der Anstaltsbehandlung bedürfen, ansehen.

Ziehen wir frühere Angaben in der Literatur heran, so finden sich die widerstrebendsten Angaben. Während *Zendig* [3]) und *Zablocka* [3]) (der letztere bei 515 Fällen) keine Heilung gesehen haben, berichtet *Stern* über 3,3 % geheilte Patienten, und *Mattauschek* gibt eine spezialisierte Aufstellung seiner Nachforschungen: Er fand für

Hebephrenie	2,3 %	Heilungen
Depr. paranoische Form	11,1 %	„
Katatonische Form	5,5 %	„
Katatonie	4,0 %	„
Dementia paran.	—,— %	„ [4])

Besserungen, kurzfristige mit eingerechnet, sah *Kraepelin* in 26 % der

wurde dann entlassen. Der Entlassungsbefund konnte leider nicht mehr festgestellt werden.

[1]) Vgl. S. 301.

[2]) Vgl. *Kraepelin*, Psychiatrie 1913, Bd. III, S. 877 ff.

[3]) Nach *Kraepelin*, l. c., dortselbst finden sich noch mehr Angaben.

[4]) Ich muß auf eine spezialisierte Aufstellung leider verzichten,



'älle. *Schmidt* stellte aus 455 Katamnesen der Schizophreniegruppe 6,2 % Heilungen, 15,5 % Heilungen mit Defekt und 57,8 % Verblö- ungen fest. *Zablocka* stellte die verschiedenen Grade von Verblödung usammen und fand 58 % leichte, 21 % mittlere und 21 % schwere Ver- lödungen. Bei *Mattauschek*, *Albrecht* und *Evensen* dagegen finden ich, namentlich für Hebephrenie, erheblich größere Zahlen für schwere 'erblödungen: 67,4, 60, bzw. 70 %.

Wenden wir uns jetzt den Todesfällen zu, so habe ich ent- prechend dem großen katamnestisch übersehenen Zeitraum eine iemlich erhebliche Zahl zu verzeichnen. Von 98 verstorbenen 'atienten starben ungeheilt in Anstalten 79, in ihrer Heimat 4 Kranke. n 15 Fällen konnte nur die Tatsache des Ablebens festgestellt werden, hne daß Näheres in Erfahrung zu bringen war.

In 77 Fällen kam Bescheid über das Lebensjahr, in dem der Patient 'erstorben war. Im Durchschnitt erkrankten diese 77 Patienten mit 4 Jahren und starben im Durchschnitt mit 33 Jahren 4 Monaten. Mit ler Kenntnis der Todesursache ist es sehr schlecht bestellt: Auskunft ierüber ging nur in 15 Fällen ein; und zwar starben

durch Selbstmord	3	Patienten [1]),
angeblich an „Gehirnerweichung" [2])	1	,,
an Delirium acut	3	,,
an Lungentuberkulose	3	,,
an Lungen- und Bauchtuberkulose	3	,,
an Lungenentzündung	1	,,
an eitriger Pleuritis	1	,,

Ich führe diese Zahlen nur an, um das mir zur Verfügung stehende Antwortmaterial auszunützen. Irgendwelchen statistischen Wert können so geringe Zahlen natürlich nicht haben [3]).

Aus den persönlichen Anfragen ergab sich, daß von 207 Patienten, die hierüber Angaben machten, 161 ihren Beruf nicht mehr ausfüllen konnten, was 77,8 % ausmachen würde, 10 = 4,8 % konnten ihm teilweise, bzw. mit Unterbrechung, nachgehen, 3 = 1,5 % wechselten ihren Beruf (Bankbeamter—Gärtner, Postschaffner—Holzhändler, Gastwirt—Getreidehändler) und waren dann dem neuen gewachsen. Der Rest von 33 Patienten = 15,9 % teilt mit, daß er

---

weil ich über eine zu geringe Zahl von Fällen verfüge, als daß die Umrechnung auf Prozent auch nur einigermaßen zuverlässige Größen ergeben würde.

[1]) Davon einer nach Laienangabe aus „nervöser Überreizung".

[2]) Aus einem Laienbrief.

[3]) *Bleuler*, l. c. S. 208, gibt 1 % Todesfälle an der Erkrankung selbst und eine gegenüber Gesunden etwas gesteigerte Mortalität an interkurrenten Erkrankungen an.



seinem Beruf gewachsen sei. Daß daneben noch recht erhebliche psychische Anomalien bestehen können, geht aus den Antworten der Patienten hervor. Selbstgeschriebene Antworten liefen von 57 Patienten ein, also von wesentlich mehr als der Zahl der Berufsfähigen.

Was den aktiven Militärdienst anlangt, so haben die über alle 312 Fälle an die Versorgungsämter ergangenen Anfragen ergeben, daß 30 Patienten [1]) vor ihrer Erkrankung gedient haben; von diesen wurden zwei nach kurzer Dienstzeit entlassen, und zwar einer wegen Blasenschwäche, der andere wegen Lungenkatarrh; ein dritter, Lehrer, diente 10 Wochen in einer Lehrerkompagnie. Von den übrig bleibenden 18 erkrankten 5 während des aktiven Dienstes psychisch.

Bemerkenswert erscheint mir, daß 5 Patienten **nach** ihrem hiesigen Aufenthalt noch aktiv gedient haben. Einer davon wird nach 15 Tagen wegen ausgebildeten Kropfes entlassen, und einer wird wegen eines Zustandes „geistiger Verwirrtheit" ins Lazarett aufgenommen. Leider war es mir nicht möglich festzustellen, ob es sich etwa hier um eine hochgradige Dissimulation handelte, oder ob tatsächlich so völlige Heilung eingetreten war. Aus den Antworten der Versorgungsämter, soweit sie eben erfolgen konnten, wurden auch 57 Musterungsbefunde bekannt; und zwar von 29 Musterungen, die vor, und von 28 Musterungen, die nach dem hiesigen Aufenthalt vorgenommen wurden. Die ersteren 29 bieten ein sehr mannigfaltiges Bild: Neben 15 Fällen, bei denen keine auffälligen Befunde erhoben wurden, weisen 11 leichtere oder schwerere körperliche Abnormitäten auf (2 Fälle mit Kropf verdienen Beachtung) und 4 psychische Erscheinungen; und zwar wird angegeben in 2 Fällen: Anl. 1 E 15 [2]) und 2: Anl. 4 b 14 [3]).

Anders ist das Verhältnis bei den Musterungen nach der Internierung: hier begegnen uns 6 Fälle mit dem Vermerk E 15, sechs weitere mit 4 b 14; einer: 1917 a. v. Heimat wegen chronischen Nervenleidens ohne Bewußtseinsstörung, 1918: E 15. In drei anderen Fällen wurde, ohne daß hier Näheres bekannt geworden wäre, auf dauernde

[1]) Man muß annehmen, daß diese Zahl viel zu klein ist, da die Versorgungsstellen keine Übersicht mehr haben können und so sehr viele Anfragen unerledigt bleiben mußten.

[2]) E 15 bedeutet nach D. A. Mdf. eine Untauglichkeit bedingende gegenwärtige oder abgelaufene Geistesstörung.

[3]) lt. den vor der D. A. Mdf. geltenden Bestimmungen: „überstandene oder noch bestehende Geisteskrankheit, sowie hoher Grad von geistiger Beschränktheit, der die militärische Ausbildung verhindern würde".



Kriegsdienstuntauglichkeit erkannt; einer a. v. Heimat befunden; wieder einer wegen allgemeiner Schwäche als nicht a. v. erklärt, dann aber nach 3/4 Jahren als Militärkrankenwärter eingezogen. Bei einem lautete der Befund: § 93, 3; und vier boten wiederum weder somatisch noch psychisch nennenswerte Besonderheiten [1]).

Was nun den Ausgangspunkt vorliegender Arbeit anlangt, die Frage nach der Kriegsteilnehmerschaft, so sind mir 9 Patienten bekannt geworden, die vor ihrer Erkrankung eingezogen bzw. im Felde waren. Und in allen 9 Fällen ist die Psychose während dieser Zeit erstmalig ausgebrochen. In einem Fall geht dem Ausbruch eine Gasvergiftung, bei der wohl somatisches und psychisches Trauma als determinierendes Moment, und nur als solches, in lebhafte Konkurrenz treten dürften, kurz vorher. Wir hätten somit 14 Fälle zu verzeichnen, in denen — sagen wir — „während" des Militär- bzw. Kriegsdienstes eine schizophrene Erkrankung manifest wird.

Nicht weniger als 38 Patienten haben nach ihrer Erkrankung am Kriege teilgenommen. 9 waren als Landsturmleute, 1 als Militärkrankenwärter in der Heimat. 2 waren im Felde bei Armierungstruppen, wovon der eine die Stellungskämpfe vor Verdun mitmachte. Und 26 waren Frontsoldaten! Und zwar 4: 4 Jahre lang, 4: 3 Jahre lang, 1: 2 Jahre lang und 2: 1 Jahr lang. Verwundet wurden 3 Pat., davon mußte 1 ein Bein abgenommen werden; 1 anderer wurde dreimal verwundet, einmal in Rußland, einmal in Rumänien und einmal im Westen. Als letzter in dieser aufsteigenden Reihe sei ein junger Primaner genannt, der sich in der Märzoffensive auszeichnete und gleich darauf durch Kopfschuß fiel.

Einer Erhebung der etwaigen Kriminalität sollte in den persönlichen Rundfragen die Frage: wurden Sie vor Gericht in eigenen Angelegenheiten vernommen, in welchen? dienen. Wie aus einem Fall, bei dem zufällige Antwort von anderer Seite anderes berichtet, geschlossen werden muß, dürften die Angaben über diesen Punkt wenig zuverlässig sein, jedenfalls so weit sie negativ ausgefallen sind. *Kraepelin* gibt an, daß unter seinen 600 männlichen Patienten 6 % aus Untersuchungshaft, Gefängnis oder Zuchthaus kamen. Bei meinen

---

1) *Trömner* erwähnt (*Trömner*, Das Jugendirresein, Halle 1900, S. 19) den provokatorischen Einfluß des Militärdienstes wie der Haft. Man wird dem im Sinne *Bleulers*, der in der Haft eine Gelegenheit zu abnormer psychischer Reaktionsweise sieht, zustimmen müssen. Dasselbe spricht auch *E. Schultze* in seiner Monographie über Psychosen bei Militärgefangenen, Fischer, Jena 1904, u. a. auf S. 164 aus.



Patienten schwebten gegen neun Gerichtsverfahren; davon war eine dreimal Untersuchungsgefangener wegen Holzdiebstahls, Wachvergehens, und „Politischen Sachen". 7 andere kamen aus Haft, Gefängnis oder Zuchthaus. Zwei weitere waren wegen Ehescheidung bzw. Wachtvergehens vor Gericht gewesen, einer hatte mit dem Gewerbegericht zu tun. Aus zwei anderen Antworten war nicht zu ersehen ob sie in verwaltungs- oder strafgerichtlichen Angelegenheite vernommen worden waren.

Was außer diesen beiden provokatorischen Einflüssen (Militär dienst und Haft) an anderen ätiologischen und manifestierenden Fak toren genannt worden ist[1]), läßt sich alles auch in den Anamnese meiner Fälle finden. Dazu käme noch Gasvergiftung und zweimalig Narkose.

Was die Kombination mit anderen Psychosen bzw. sonstige Erkrankungen anlangt, so weist das hiesige Material neben 5 Fälle von auf Debilität aufgepfropfter Hebephrenie auch eine schizophren Erkrankung bei einem Cretin[2]) und einem Patienten mit Lues con genita auf, auch liegt ein Fall vor, bei dem die Diagnose Dementi praecox bei der zweiten Aufnahme mit einem Fragezeichen verseher werden mußte mit der Klammerbemerkung: Epilepsie?, um dann be späteren Aufnahmen der zweiten Diagnose das Feld zu räumen.

Zum Schluß erwähne ich, daß auch in die hiesige Klinik nach einander zwei Brüder eingeliefert wurden, und zwar der erste 189 wegen Paranoia hallucinatoria acuta, geheilt entlassen, 1896 wege Hebephrenie, nach 13 Monaten ungeheilt nach Blankenhain überführt, von wo er 3½ Jahre später gebessert in die Heimat entlassen wurde. Die Anfrage an ihn kam leider unbestellbar zurück. Sein Bruder wurde 1903 (also nachdem der Bruder wieder nach Haus gekomme war) wegen Dementia praecox eingeliefert und starb 1916 ohne Remission.

Ich möchte nicht schließen, ohne den vielen Anstaltsleitern und Privatpersonen und militärischen Dienststellen, die mich bei den schwierigen Erhebungen in entgegenkommendster Weise unterstützt haben, aufrichtig zu danken; ganz besonders aber Herrn Professor *Berger*, ohne dessen dauernde freundliche Beratung die Durchführung vorliegender Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

[1]) Vgl. besonders: *Bleuler*, l. c. S. 275 ff. und *Kraepelin*, l. c.

[2]) *Bleuler* erwähnt l. c. S. 271 das Vorkommen solcher Fälle.

Die der Irrenanstalt angereihte Nervenheilanstalt.

Von **Georg Ilberg** (Sonnenstein).

Die intimen Beziehungen zwischen Neurologie und Psychiatrie lassen es wünschenswert, ja notwendig erscheinen, daß die Irrenärzte sich mit Nervenkranken beschäftigen. Verfügen die Psychiater über neurologische Kenntnisse, so können die Nervenkranken von niemand besser verstanden werden als von ihnen, denn nicht nur bei der Hysterie und Neurasthenie, auch bei vielen anderen funktionellen wie organischen Nervenkranken spielt das Seelenleben eine wichtige Rolle. Und auch die Eintönigkeit der in der Irrenanstalt behandelten Geisteskrankheiten macht es für den Irrenarzt wünschenswert, sich mehr mit der neurologischen Schwesterwissenschaft zu befassen als bisher; belebt doch die Arbeit an Nervenkranken die ärztlichen Interessen überhaupt und regt wissenschaftliche Arbeit auf klinischem und anatomischem Gebiet an.

Wir Ärzte der sächsischen Heil- und Pflegeanstalt zu Sonnenstein hatten uns gemeinsam und privatim schon vor dem Krieg mit Nervenkrankheiten beschäftigt und hatten erreicht, daß ein abseits von der Anstalt nahe an der Stadt Pirna mitten im Grünen gelegenes Gebäude mit den nötigen Apparaten ausgestattet wurde. Das Ministerium bewilligte die Anlage von Bädern und Brausen, auch ein elektrisches Glühlichtbad und ein Vierzellenbad, gute elektrische Apparate, eine Föhn- und eine Franklindusche und gestattete, daß wir heilbare und besserungsfähige Nervenkranke, die minderbemittelt sind, in einer beschränkten Anzahl zu mäßigem Preise aufnahmen. Von Kurmitteln stehen auch Fichtennadel-, Kohlensäure-, Sauerstoff- und Salzbäder zur Verfügung. Gegebenenfalls findet Hypnosebehandlung statt. Wir haben die Nervenheilanstalt zum Andenken an die Mutter des sächsischen Königs seinerzeit Maria-Anna-Heim genannt, um einen guten Namen an Stelle des seit 110 Jahren im Lande mit dem Begriff der Geisteskrankheit verbundenen Namens Sonnenstein zu haben. Im Anfang war der Zuspruch gering. Kaum hatte sich nach mehrfacher Bekanntmachung eine kleine Klientel gefunden, so kam der Krieg, und bei dem durch ihn entstandenen Mangel an Ärzten und Pflegekräften mußte das junge Institut geschlossen werden. Aber während des Kriegs entstanden die Kriegsneurosen, und die Militärbehörden erbaten Aufnahme und Behandlung der gegen Ende des Kriegs immer zahlreicher werdenden Kriegsneurotiker. Vielen Hunderten dieser Kranken wurde vermittels der aktiven Therapie Heilung zuteil, und in unserer Nervenheilanstalt machte insbesondere Dr. *Brunst* staunenswerte



Wunderkuren, wie sie damals ja in vielen Nervenlazaretten durchgeführt wurden, solange die erkrankten Soldaten noch unter dem Einfluß militärischer Autorität standen. Die guten Erfolge kamen dem Ruf der Nervenheilanstalt, die wir bald nach Friedensschluß wieder eröffneten, zugute. Hatte man offenbar anfangs nicht recht getraut, ob es sich nicht nur um eine verkappte Irrenanstaltsaufnahme handle, so hatten die in der Umgebung viel besprochenen guten Erfolge der Neurotikerbehandlung die Bevölkerung an den Gedanken gewöhnt, um nach Sonnenstein zu kommen, brauche man nicht tobsüchtig oder verrückt zu sein, man könne dort auch etwas für seine Nerven tun. Zu unserer großen Freude vermehrt sich die Nachfrage von Jahr zu Jahr. Zunächst waren 30 Plätze vorhanden. Neuerdings mußte die Anstalt durch ein zweites Haus mit zunächst 18 verfügbaren Plätzen vergrößert werden. Nicht nur Private, sondern auch Kassenpatienten finden in unserer Nervenheilanstalt Aufnahme; Fürsorgeverbände, Versicherungsgesellschaften, Militärversorgungsgerichte und vor allem praktizierende Ärzte senden uns Patienten. Ruhige geeignete Kranke der Zentralanstalt werden zur Heilbehandlung in die Nervenheilanstalt geschickt und genießen hier die Wohltaten der Heilfaktoren. Der Hauptzweck ist, solche nervöse und psychopathische männliche und weibliche Personen zu heilen oder zu bessern und rechtzeitig vor schwererer Erkrankung zu behüten, denen es unmöglich ist, ein teures Privatsanatorium zu bezahlen. Vor der Aufnahme ist ein ärztliches Zeugnis über die Art der Krankheit und namentlich auch darüber notwendig, ob der Kranke wirklich in eine offene Anstalt paßt und hier durch sein Verhalten nicht etwa stört. In der Anstalt findet dann noch eine spezielle Prüfung daraufhin statt, daß nicht etwa Selbstmordsüchtige, störende Krampfkranke oder genauer Aufsicht Bedürfende eintreten. Auf guten Ton und freundliches Wesen kommt in einem derartigen Institut, in dem Männer, Frauen und Mädchen wohnen und zusammen speisen, natürlich viel an. Eine anheimelnde, gemütliche, Vertrauen erweckende Stimmung muß vorhanden sein, die nicht in unliebsamer Weise gestört werden darf. Auch der Anstaltspfarrer besucht die Kranken, und der Anstaltslehrer veranstaltet musikalische und gesellige Unterhaltungsabende. In die Umgebung werden Ausflüge unternommen. Um die Anstalt herum liegen parkähnliche, zum Teil bergige Anlagen, in denen sich zahlreiche Ruheplätzchen befinden. Von der Höhe erfreut eine umfangreiche Aussicht. Im Garten und in der Luftliegehalle ruhen die Kranken auf Liegestühlen. Wichtig ist natürlich, daß die Lage der Anstalt es gewährleistet, daß eine Störung durch die Kranken der Irrenanstalt ausgeschlossen ist. Der Arzt der Nervenheilanstalt hat viel zu tun. Untersuchung und Behandlung nehmen viel Zeit und Arbeit in Anspruch. Über jeden Patienten wird eine genaue Krankengeschichte geführt. Der Nervenarzt nimmt an der ärztlichen Konferenz der Zentralanstalt regelmäßig teil; die Ärzte der Irrenanstalt vertreten ihn, er beteiligt sich wiederum an ihrer Vertretung. Wichtige Vorkommnisse werden gemeinsam besprochen, seltenere Fälle gegenseitig vorgestellt und zusammen untersucht. — Stellt sich heraus, daß ein Patient für das Maria-Anna-Heim nicht geeignet ist, unterbleibt die Zahlung, oder fügt sich der Kranke der Hausordnung nicht, so kann die Anstaltsdirektion die sofortige Entlassung verfügen. Die Pflege be-



sorgen unsere Schwestern der Heil- und Pflegeanstalt, denen für die Hausarbeiten Hausmädchen beigegeben sind. Ein älterer Pfleger bedient die Zentralheizung, pflegt die Gärten und greift überall zu, wo es nötig ist. Der Anstaltsarzt und dieser Pfleger wohnen in unmittelbarer Nähe des Heims. Für die Kranken ist es vorteilhaft, daß sie Ärzte und Personal haben, welche dank psychiatrischer Schulung die psychopathologische Seite ihres Nervenleidens zu erkennen vermögen.

Es sind einige Einzelzimmer vorhanden, in der Hauptsache müssen aber die Kranken zu drei oder vier zusammenwohnen. Die Kosten müssen immer für 4 Wochen voraus erlegt oder von Kassen gutgesagt werden. Zurzeit müssen sächsische Staatsangehörige 13 Mark und für ein Einzelzimmer 3 Mark mehr bezahlen, doch ist es der Anstaltsdirektion nachgelassen, Bedürftigen Ermäßigung zu gewähren. Medikamente werden in der Regel besonders in Ansatz gebracht. Das Maria-Anna-Heim hat zwar eine eigene Küche — in normalen Zeiten wurde auch hier gekocht, und zwar anerkannt gut —, aus Ersparnisgründen wird aber das Essen jetzt noch aus der Zentralküche der Anstalt Sonnenstein bezogen. Die Wäsche wird in der Anstaltswäscherei besorgt. Das Heim steht unter der Verwaltung und Aufsicht der Anstaltsdirektion. Man kann in der Nervenabteilung Übergangsfälle unterbringen, die in kleinere Krankenhäuser nicht passen, aber Privatsanatorien nicht bezahlen können. Grundsätzlich ist die Anstalt, wie gesagt, für Minderbemittelte da, die keine größeren Anforderungen an Äußerlichkeiten stellen. Wir beabsichtigen die Beschäftigungstherapie noch mehr auszubauen, geeignete Kranke an gärtnerischen und landwirtschaftlichen Arbeiten, Buchbinderei, Tischlerei, Webarbeiten usw. zu beteiligen; die Betätigung einer Handarbeitslehrerin ist ins Auge gefaßt.

Im Jahre 1919 wurden, wie eine Zusammenstellung des zuständigen Abteilungsarztes Regierungsmedizinalrat Dr. *Sievert* ausweist, im Maria-Anna-Heim 64 Kranke (22 M. 42 Fr.) verpflegt. Zahlreiche Anträge mußten abgelehnt werden, da es sich um Geisteskranke handelte. Immerhin nahmen wir einige Grenzzustände und leichte Psychosen auf. Die häufigsten Krankheiten waren Hysterie und Neurasthenie. Aber auch die verschiedenartigsten organischen Hirn- und Rückenmarkskrankheiten wurden behandelt, ebenso verschiedene leichte Depressionszustände und Psychopathien. Geheilt oder gebessert wurden 30 entlassen, ungebessert 24, 2 Fälle hiervon mußten in die Landesanstalt Sonnenstein übergeführt werden, noch in Behandlung blieben 10. Im Jahre 1920 wurden 112 (44 M. 58 Fr.) im Maria-Anna-Heim verpflegt, am Jahresende war ein Bestand von 17 anwesend. Geheilt oder gebessert wurden 59, ungebessert 25 entlassen, 5 wurden beobachtet, 6 mußten in die Heil- und Pflegeanstalt übergeführt werden. Mehrfach wurden Salvarsankuren vorgenommen und moderne Organpräparate injiziert. Auch in diesem Jahre wurden namentlich Hysterie und Neurasthenie, sodann nervöse Erschöpfungszustände und Psychopathien behandelt sowie verschiedene organische Nervenkrankheiten, insbesondere multiple Sklerose, Chorea und arteriosklerotische Erkrankungen, Ischias, Tabes, Lues des Zentralnervensystems, auch leichte Depressionszustände, leichte Dementia praecox und Paralyse im Anfangsstadium.

Bald stellte sich heraus, daß nicht nur die Aufnahme Nervenkranker von erheblichem Vorteil für die Kranken und von hohem Interesse für die Irrenärzte war, sondern daß auch zur ambulatorischen Behandlung solcher Kranker ein Bedürfnis vorlag. Die Anstaltsdirektion verhandelte hierüber zunächst mit dem ärztlichen Bezirksverein, welcher erklärte, daß er eine derartige Einrichtung begrüße und billige. In der unmittelbaren Umgebung von Pirna praktiziert kein Nervenarzt; den praktischen Ärzten ist an der Begutachtung und Behandlung mancher Nervenkranker gelegen. Mit Genehmigung des Ministeriums wurde daher 1919 ein Ambulatorium eingerichtet, indem zweimal wöchentlich Sprechstunde mit eventueller Behandlung abgehalten wird — beides grundsätzlich gegen Bezahlung. 1919 wurden bereits 99 Kranke ambulatorisch beraten. 1920 stieg die Zahl auf 179. Ein Teil der Kranken kommt allein, ein Teil wird von den Kollegen des Ortes oder der Umgebung geschickt — bald nur zu einmaliger Beratung, bald zu weiterer Behandlung. Es kommt vor, daß Kranke um Rat fragen, deren Leiden sich nicht als Nervenkrankheit herausstellt; diese werden grundsätzlich an die Ärzte ihres Wohnortes verwiesen. — Eine statistische Übersicht ergibt, daß namentlich Kranke mit Hysterie und Neurasthenie ins Ambulatorium kamen, außerdem aber auch neben vielen Einzelfällen Kranke mit Arteriosklerose, Lues des Nervensystems, Tabes, Neuritis und Epilepsie. Auch Kranke mit Dementia praecox, Imbezillität und Melancholie erschienen, konnten aber nur ausnahmsweise in Behandlung genommen werden. Wiederholt zeigte sich, daß es den Angehörigen von Geisteskranken sehr willkommen ist, sich vor weiterer Entschließung Rat zu holen oder eine fachärztliche Untersuchung vornehmen zu lassen. Mehrfach versuchten freilich die Angehörigen die Überführung eines Familienglieds in die Irrenanstalt durch Antrag auf Aufnahme in die Nervenheilanstalt zu umgehen; die Hauptaufgabe des die Sprechstunde abhaltenden Arztes war es dann, die Notwendigkeit der Irrenanstaltsbehandlung darzulegen und den Entschluß hierzu durch Aufklärung zu erleichtern.

Nicht mit Unrecht ist vielfach gesagt worden, daß manche Psychiater nach und nach weltfremd werden, auch kann man nicht in Abrede stellen, daß die Arbeitslust leiden kann, wenn die Hauptaufgabe vieler Kollegen ist, sich vorzugsweise nur mit Dementia praecox-Kranken zu beschäftigen, deren Behandlung verhältnismäßig wenig sichtbare Erfolge hat. Durch Anreihung einer Nervenheilanstalt an die Irrenanstalt ist es möglich, die Tätigkeit der Anstaltsärzte anregender zu gestalten, ihre wissenschaftlichen Kenntnisse der Allgemeinheit mehr zur Verfügung zu stellen, den Nervenkranken zu nützen und zugleich das Vertrauen zur Irrenanstalt zu heben.

Nicht alle Irrenanstalten werden ihrer Lage und Einrichtung nach zur Angliederung einer Nervenheilanstalt geeignet sein, auch sind die großen Kosten für die erforderlichen Apparate gegenwärtig gewiß schwer zu beschaffen. Die Zahl der Nervenkranken ist jedoch durch den Krieg und seine Folgen so sichtlich vermehrt, daß vielerorts das Bedürfnis zu ihrer Behandlung und Pflege rege ist. Deshalb sollte man die angeregte Frage erneut prüfen; steht doch gerade jetzt in vielen Irrenanstalten Platz genugsam zur Verfügung.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

6. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie in Stettin am 26. Febr. 1921.

Vorsitzender: *Mercklin*-Treptow a. R., Schriftführer: *Niesel*-Stettin. Anwesend: *Sydow*, *Casten*, *Preiser*, *Lüdicke*, *Flater*, *Hafemann*-Stettin, *Weddige*-Stralsund, *Wankel*-Stettin, *v. Sydow*-Ückermünde, *Pust*-Stettin, *Boege*-Ückermünde, *Marcus*, *Guttentag*-Stettin, *Deutsch*-Treptow a. R., *Banse*-Lauenburg, *Kost*-Treptow a. R., *Franckenberg*, *Schnitzer*, *Siemens*, *Joedicke*, *Goebel*, *Ickert*, *Werner*, *Schönhals*, *Boas*, *Rattey*, *Schwalm*, *Pensky*, *O. Meyer*, *Schwarz*, *Seelig*-Stettin.

Banse-Lauenburg: Bemerkungen zur Kriegspsychiatrie.

M. H.! Zunächst möchte ich Sie bitten, in mir nicht nur den mißvergnügten Nörgler zu sehen, wenn ich heute an unserer psychiatrischen Praxis der Kriegszeit Kritik übe. Daß das Riesenmaterial an Psychoneurosen, welches der Krieg uns brachte, trotz der großen Arbeitslast, die gerade den Nervenärzten im Heere aufgebürdet war, nicht nur routinemäßig „erledigt“, sondern eingehend bearbeitet wurde, hat für unsere Erkenntnis reiche Früchte gezeitigt. Es liegt mir fern, dies nicht anzuerkennen oder den Förderern der Neurosenlehre meine Achtung zu versagen.

Dagegen ist es mir schwer gefallen, in meiner praktischen Tätigkeit als Militärpsychiater mein Tun immer der herrschenden Lehre anzupassen, und manches Kriegsunbrauchbarkeits-Zeugnis, manches gerichtliche Gutachten habe ich mit der bangen Sorge aus der Hand gegeben: Ist das richtig? Kann dies Verfahren, zur gleichen Stunde von Hunderten von Fachgenossen ganz ähnlich ausgeübt, der Schlagkraft unseres Heeres nicht schaden? Ist dies Einfühlen in die Seele versagender Wehrpflichtiger, diese zarte Sorge, daß auch ja keinem Neurotiker ein Haar gekrümmt, ja keinem Minderwertigen wehe getan werde, zu verantworten, wenn Sein und Nichtsein des Vaterlandes auf dem Spiel steht?

Ein Fall aus meiner Tätigkeit: Eines Tages wird ein Mann von etwa 40 Jahren zur Untersuchung auf Dienstfähigkeit zugeführt. Er ist selbständiger kleiner Landwirt, seit Jahrzehnten auf seinem Grundstück angesessen, unbestraft, beruflich offenbar tüchtig, weder Pole noch Elsässer, keineswegs ausgehungert, hat bis zum Winter 1917/18 zu Hause gesessen und soll nun Soldat werden. Er tritt völlig sicher auf und zeigt keine Spur von Angst oder Erregung. Seinen Namen nennt er richtig, doch

weiß er weder wann, noch wo er geboren ist, sagt, der Ochse habe vier Ohren, das Pferd drei; kurz, er redet nach allen Regeln der Kunst vorbei. Den körperlichen Befund könnte meine Maschinenschreiberin mit ihrer halbjährigen Erfahrung auch ohne mein Diktat zu Papier bringen: Analgesie, psychogenes Schwanken bei Augenschluß, fehlender Würg-, schwindelhafte Sehnenreflexe.

Und mein Gutachten? — „Offensichtlich bewußte Übertreibung — da solche erfahrungsgemäß nur auf dem Boden schwerer pathologischer Konstitution vorkommt, nach D. A. Mdf. Anl. I U 15 dauernd kr. u."

Wem von uns sind ähnliche Fälle in den letzten Kriegsjahren nicht zu Dutzenden durch die Finger gegangen, falsche Dämmerzustände, Pseudodemenzen und Leute, die auf die militärische Disziplin mit willkürlich hervorgerufenen Affektausbrüchen reagierten? Wir sahen sie mit stoischer Ruhe oder in der Tasche geballter Faust, waren uns unserer Machtlosigkeit bewußt und ließen sie laufen. Wurde einmal einer als Simulant unter Anklage gestellt, so war der Erfolg endlose Beobachtung, schließlich Freispruch und womöglich gar Rente.

Dem Arzt aber, der so einen Mann als Simulanten bezeichnete, drohte wissenschaftliche Ächtung: „Die Zahl der Simulanten, welche der Arzt beobachtet haben will, steht gewöhnlich in umgekehrtem Verhältnis mit dem ärztlich-psychologischen Wissen des Beobachters" (***Kühn-Möbius***).

Zensur und die Scheu, dem Auslande Schwächen, die es möglicherweise nicht in vollem Umfange kannte, zu zeigen, machten es damals unmöglich, den Finger an diese Wunde zu legen. Man einigte sich dahin, die Frage der Simulation vorläufig als Noli me tangere zu betrachten. Jetzt sind die Rücksichten auf das Prestige gefallen, und wir haben nichts mehr zu beschönigen. Solange wir noch auf Erfolg hofften, war die Fiktion, das Volk bestehe durchweg aus Helden, vielleicht zweckmäßig. Heute glaubt kein Mensch mehr daran.

Wer in müder Resignation Deutschlands Untergang für eine vollzogene Tatsache hält oder in freundlichen Wachträumen die Morgenröte des ewigen Friedens aufdämmern sieht, der mag sagen: Das ist nun vorbei; was kümmert's mich noch. Aber wer an unserm Volk noch nicht verzweifeln will und sich der Tatsache nicht verschließt, daß uns immer wieder mit Gewalt entgegengetreten wird, wenn wir versuchen, wieder hochzukommen, der sieht neue Kriege sich vorbereiten und hat die Pflicht, darauf hinzuwirken, daß alles weggeräumt wird, was geeignet ist, unsere Kraft zu lähmen.

Trösten wir uns nicht mit der Annahme, Simulation sei nur in einer geringen Zahl von Fällen vorgekommen. Gegenüber den Millionen, die freudig ihr alles daran setzten, das Vaterland zu retten, falle das gar nicht ins Gewicht. Je mehr Kriegsmüdigkeit und Verkennung des Ernstes der Lage um sich griffen, desto größer wurde die Zahl derer, welche sich durch Übertreibung bestehender und Erdichtung nicht vorhandener Beschwerden ihrer Dienstpflicht zu entziehen suchten. In weiten Kreisen, nicht nur innerhalb der revolutionär Gesinnten, wurde schon lange vor dem Zusammenbruch ein Mann, der an die Front ging, beinahe als Dummkopf belächelt.



Ohne mich der Einsicht verschließen zu wollen, daß jahrelanges Ausharren in Not, Elend und Ungewißheit die Nervenkraft des Volkes in seiner Gesamtheit wohl schwächen mußte, daß also eine tatsächliche Zunahme nervöser Schwächezustände unter den Heerespflichtigen sicher vorgelegen hat, sehe ich mich doch genötigt, einmal offen auszusprechen, daß eine sehr erhebliche Zahl unserer Klienten sehr wohl imstande gewesen wäre, ins Feld zu gehen und dort ihre Pflicht zu tun, wenn sie nur gewollt hätten. Wir in den Heimatlazaretten wurden tagtäglich in einer geradezu beschämenden Weise bewußt angelogen, und diese Übung griff um sich, je mehr die Erkenntnis, daß gerade wir Psychiater auch dem frechsten Schwindel gegenüber wie mit Blindheit geschlagen waren, Gemeingut der Massen wurde. Die Nervenstationen entwickelten sich zu Schulen der Drückebergerei. Statt zur Pflichttreue und Selbstaufopferung wurden unter unseren Augen Scharen von Soldaten zum Gegenteil erzogen.

Wir erklärten alles, was auf dem Gebiet der Simulation und Aggravation geleistet wurde, für hysterisch oder für psychogen überlagert. Namentlich mit dem letzten Begriff warfen wir großzügig um uns. Plattfüße, Krampfadern, Kahlköpfigkeit und was sich nur denken läßt, alles rettete vor der Front, wenn wir nur erst entdeckt hatten, daß eine solche Überlagerung da war.

Die Erkenntnis, daß frühere Generationen von Ärzten aus mangelndem Verständnis so manchem Nerven- und Geisteskranken, namentlich auch manchem Hysteriker, bitter unrecht getan haben, war durch die neueren Forschungen, besonders an den Unfallneurosen, Gemeingut der Ärzte geworden. Mit Staunen sahen wir die unendliche Vielgestaltigkeit der Bilder, unter denen die Zweckneurose auftreten kann. Und wie das in der Medizin immer eintritt, verfielen wir zunächst einmal ins Extrem. Wir fanden nicht mehr den Mut, überhaupt bewußte Vortäuschung zu diagnostizieren. Nichts war natürlicher, als daß diese nun um sich griff wie eine Seuche; lief doch der Simulant nicht die mindeste Gefahr.

Sind wir solchen bedauerlichen Erscheinungen gegenüber wirklich machtlos, dann führt unser Weg entweder zur heillosen Verschlampung oder zur brutalen Diktatur, die nicht viel danach fragt, ob einer nicht mitmachen will oder nicht kann, sondern beide nach dem Muster unserer Nachbarn in Ost und West kuriert. Das dürfen wir nicht zulassen; wir müssen einen Ausweg finden. Die heutige Methode des Gehenlassens, die höchstens die Anwendung von Palliativmittelchen, aber kein Anfassen des Krankheitsherdes kennt, ist nicht ärztlich.

Nach meiner Überzeugung haben wir es nicht nötig, uns in diesem Punkte bankerott zu erklären. Gerade durch die Erfahrungen des Krieges, durch die Arbeiten von *Mörchen*, *Cimbal*, *Kretschmer* und anderen, sind wir dem Wesen der Zweckneurosen näher gekommen. Wir wissen, daß namentlich die Hysterie eine Krankheit ist, die sich in Veränderungen des gesamten Seelenlebens äußert, welche in ihren schwereren Erscheinungen gar nicht zu simulieren ist. Ich will hier namentlich an die klassische Schilderung des hypobulischen Komplexes erinnern, die wir *Kretschmer* verdanken. Die triebhaften, von jeder Steuerung der Logik unabhängigen, reflexähnlichen motorischen Entladungen, wie er sie schildert, sind willkürlich nicht mehr nachzuahmen. Wer Kriegsneurotiker in größerer Zahl

gesehen hat, der wird von der Echtheit ihrer Erkrankung ebenso überzeugt sein, wie er in zahlreichen anderen Fällen die Gewißheit hat, daß hier nicht unbewußte, krankhafte Antriebe vorliegen, sondern ein gewolltes Spiel oder bewußtes Ausschalten von Hemmungen, die dem Willen zur Verfügung stehen.

Alles, was wir nicht unterbringen können, hysterisch oder psychogen zu nennen, enthebt uns zwar der Verantwortung dem Individuum gegenüber, aber nicht derjenigen gegenüber der Schlagkraft des Heeres, zu deren Hütern wir doch bestellt sind. Es ist ein Gebot der Stunde, die genannten Krankheitsformen positiv zu diagnostizieren, ihr Vorliegen nachzuweisen, wie wir das bei allen anderen Krankheiten ganz selbstverständlich üben. Und ferner müssen wir uns darüber klar werden, daß einzelne „hysterische" Züge außerordentlich weit verbreitet sind, ohne daß wir deshalb berechtigt wären, ihre Inhaber der Pflichten gegen den Staat ledig zu sprechen. Daß solche Individuen den Anforderungen des Lebens gegenüber leichter versagen, als andere, muß im Frieden berücksichtigt werden. In Zeiten der Kriegsnot müssen auch diese Leute ihre Gefahr stehen. Wer sicher schwer hysterisch ist, der ist für den Staat verloren, ihm haben wir als Ärzte individuell zu helfen. Wir dürfen aber nicht soweit gehen, daß wir jeden, der unkontrollierbare Klagen vorbringt, vor dem eigentlichen Kriegsdienst schützen, weil er möglicherweise hysterisch sein könnte. Auch von den leicht Nervösen, die mit ihren verschiedenen Beschwerden zu uns kommen, müssen wir ein gewisses Maß von Energie verlangen. Weigern sie sich, ihre Pflicht zu tun, so ist es Sache des Staates, sie dazu zu zwingen.

Selbstverständlich ist gewissenhafte Untersuchung jedes einzelnen Voraussetzung. Daß es außer den Hysterischen eine Menge anderer Neurotiker gibt, die nicht dienstfähig sind, davon brauche ich hier nicht zu sprechen. Zwangsneurotiker, Überreizte und Erschöpfte sind natürlich mit anderem Maße zu messen, als diejenigen, die von vornherein oder nach kurzer, nicht übermäßig anstrengender Dienstzeit den Dienst an der Front verweigern.

Neben der Flucht in die subjektiv echte und unechte Krankheit trat das militärische Verbrechen, besonders Fahnenflucht und Disziplinwidrigkeit, je länger, je mehr in Erscheinung. Nachgiebigkeit des Staates auf der einen Seite, der zum erstenmal in der Kriegsgeschichte darauf verfiel, diese Vergehen nicht energisch zu bestrafen, abwegige Stimmung weiter Volkskreise auf der anderen, die im Militärgefangenen eine Art Märtyrer sahen, ebneten seiner Ausbreitung den Weg.

In unserem Denken sind Verbrechen und geistige Minderwertigkeit untrennbar verkoppelt. Mit Recht, solange dem Verstoß gegen die Gesetze abwegige Motive zugrunde liegen. Unberechtigt ist das, sobald ein Vergehen in weiten Schichten nicht mehr als Unrecht gewertet wird. Und so war es, als gegen Ende des Krieges das Proletariat an der Lauterkeit und Uneigennützigkeit der Diplomaten und Heerführer verzweifelte.

Sobald Umwälzungen in der Luft liegen, wird Verbrechen gegen den Staat ein relativer Begriff. Den politischen Gegner als Verbrecher und Gesellschaftsfeind zu bezeichnen, ist nicht wissenschaftlich. Die Fahnenflüchtigen der letzten Kriegsjahre waren in ihrer Mehrzahl nicht



konstitutionell minderwertig, sondern durch parteipolitische Agitation zur Disziplinlosigkeit erzogen. Als Diener des Staates handelten wir nicht richtig, wenn wir häufig auf Grund subjektiver, unkontrollierbarer Angaben dieser durch den Verkehr mit anderen Drückebergern gewitzten Leute eine Minderwertigkeit behaupteten, die wir nicht objektiv beweisen konnten. Und manchmal drängt sich mir die Frage auf: Sind wir bei aller subjektiven Überzeugung tatsächlich ganz ehrlich, wenn wir sagen, dieser Mann ist geistig nicht vollwertig, weil seine Reflexe so und so sind, weil er verbildete Ohren, ein schiefes Gesicht hat, weil er nicht so logisch denkt, wie wir? Würden wir nicht richtiger sagen, er ist minderwertig, denn so wie er handelt ein Gesunder nicht? Ich verweise hier auf *Stransky*, der uns mahnt, auf dem Boden der Lex lata zu bleiben; was wir subjektiv über freie Willensbestimmung denken, hat mit unserer gerichtsärztlichen Begutachtung nichts zu tun. Es ist ein bedenkliches Kompromiß, wenn wir jeden unserer Fälle, der nicht geisteskrank ist, für minderwertig erklären. Lassen wir die Milderung der Strafe, die das im Gefolge hat, dem wirklich schwer pathologisch Veranlagten, dem im Leben Gescheiterten zukommen, aber nicht wahllos jedem, der sich auf uns beruft!

Um hier zu einem brauchbaren Maßstab zu kommen, ist es notwendig, den Begriff „minderwertig“ auch gegen den des Normalen abzugrenzen. Leider wird in dieser Hinsicht heute, soweit ich sehe, gar nicht gearbeitet. Was „normal“ ist, wie der Vollwertige seelisch reagiert, das finden wir kaum irgendwo wissenschaftlich geschildert. Selbst über die Frage, ob derjenige minderwertig ist, welcher geistig unter dem Durchschnitt steht, oder schon der, der dem Ideal der völlig ausgeglichenen, hochwertigen Persönlichkeit nicht gleichkommt, herrscht unter denen, die sich überhaupt mit solchen Fragen beschäftigen, keine Einigkeit.

Ist es da ein Wunder, daß der Psychiater es kaum jemals wagt, einen Angeklagten als voll zurechnungsfähig zu bezeichnen, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit am Schluß der Gutachten fast so sicher kommt, wie das Amen nach der Predigt? Aber, m. H., welche Ungerechtigkeit liegt doch darin, daß wir unsere Klienten einer Strafmilderung zuführen, die doch nach unserer heutigen Einstellung jedem Rechtsbrecher ohne Ausnahme zukommen müßte.

Jeder von uns hat seine subjektive Logik und Ethik, sein individuelles Triebleben, wenige werden in aufregenden Situationen ebenso handeln, wie sie das bei ruhigem Denken in ihrer Studierstube für wünschenswert halten. Fast scheint es, als ob diese triviale Erkenntnis unser psychiatrisches Denken nicht genügend beherrschte, als ob wir zu leicht geneigt wären, zu sagen: Wer anders denkt und tut, als ich (in der Theorie, wohlverstanden!), ist krank oder kränkelt zum mindesten.

Hierfür ein Beispiel aus unserer Kriegsliteratur:

Im Anfang des Krieges konnten wir in einer Fachzeitschrift als Symptom einer Angstneurose die Hartgeldhamsterei aufgeführt sehen. Es sei doch absurd, sich vorzustellen, daß Gold- und Silbermünzen noch einmal wertvoller werden könnten als Papierscheine. Heute wird der Verfasser wohl anders denken.

„Daß nach Stunden großer Gefahr eine gewisse Euphorie, eine hypomanische Stimmung sich der Truppe bemächtigt, ist wiederholt

beobachtet," schreibt *Schneider*. Euphorie bedeutet doch, wenn ich auch diese Verdeutschung nirgend gefunden habe, ein logisch unbegründetes, subjektives Wohlbefinden; daß Hypomanie krankhaft ist, wird niemand bestreiten. In unserem Zusammenhange ist aber weder von etwas Krankhaftem, noch von etwas Unverständlichem die Rede. Jeder, der solche Situation erlebt hat, weiß, daß es sich um einen ganz physiologischen Affektzustand handelt, nämlich um Freude, gut davon gekommen zu sein und seine Pflicht unter schweren Verhältnissen getan zu haben. Im Falle des Mißerfolges war eine gleiche Stimmung nicht zu finden. Wenn wir solche Zustände mit Ausdrücken aus der Pathologie umschreiben, so kommen wir vom rechten Wege ab, verwechseln gesunde und krankhafte Reaktion, konstruieren uns eine Krankheit, statt objektiv zu beobachten.

Der gleiche Verfasser befindet sich in seiner sonst sehr lesenswerten Arbeit nicht ganz auf dem richtigen Wege, wenn er behauptet, beim Ausharren im Trommelfeuer versetzte man sich zielbewußt in einen Zustand zwischen Schlafen und Wachen, den man als die Wurzel gewisser euphorischer Dämmerzustände auffassen könne, statt daß er sagte, die Affekte der Angst und Spannung erschöpfen sich, und der Gesunde reagiert auf erzwungene Untätigkeit mit Träumen, mit „Dösen".

Wenn wir den Vorwurf, alles durch eine gefärbte Brille zu sehen, entkräften wollen, dann müssen wir mit der Gewohnheit aufräumen, für das Verhalten eines bis dahin und später wieder Gesunden in schwierigen Lagen gleich ein Wort aus der Pathologie anzuwenden. Das schafft Verwirrung statt Klarheit. Es führt notwendig dazu, überall psychopathologische „Komplexe" an Stelle normaler Reaktionen zu finden. Ein Schritt weiter, und jeder Beamte ist minderwertig, wie das von einem Psychiater behauptet wird; denn er fürchtet den Kampf ums Dasein, sonst würde er einen freien Beruf wählen. Die Behauptung, Christus sei der größte Masochist aller Zeiten gewesen, zeigt wohin die Sucht führt, alles pathologisch zu finden.

Dringend erforderlich ist es, endlich den Menschen zu studieren, wie er ist, wie er denkt, fühlt und handelt. Das Idealbild eines „Vollwertigen", welches uns als Norm vorschwebt, würden wir heute ebenso vergeblich suchen, wie Diogenes den „Menschen".

Zum Schluß noch eine Bemerkung über den Hysteriebegriff.

Es ist Mode, im hypobulischen Komplex einen Atavismus zu sehen, weil er beim Kinde leichter auslösbar ist, als beim gesunden Erwachsenen. Das beruht meines Erachtens auf einer allzu schematischen Anwendung des Satzes, daß die Ontogenese die Phylogenese nachahme. Dann kämen wir letzten Endes zu der Auffassung, daß unsere Urvorfahren einmal wie Säuglinge hilflos dagelegen hätten, mit Geschrei auf eine gütige Gottheit wartend, die sie nährte und trocken legte. Wenn unsere Altvorderen beim Angriff wilder Tiere Krämpfe oder Dysbasien bekommen hätten, so gäbe es uns heute nicht. Nach den ältesten Überlieferungen waren sie teils wehrhaft, teils gerissen, aber nicht überwiegend hysterisch. Mindestens mit gleichem Rechte kann man im gehäuften Auftreten der Hysterie in der Jetztzeit eine Entwicklungsstufe sehen. Die Gefahr weiterer Hysterisierung der Deutschen besteht sicher. Wenden wir alles auf, sie abzuwenden. Das erreichen wir aber nicht durch liebevolle Hege und Pflege der krankhaft Veranlagten auf Kosten der Gesunden.



Noch einmal nenne ich *Stransky*, mit dem ich gerade in dieser Beziehung weit konform gehe. Beherzigen wir seine Mahnungen, die er unermüdlich wiederholt, dann kann uns vielleicht noch geholfen werden. Die Zeit ist zu ernst, als daß wir unser Volk, das eine Unzahl seiner Besten verloren hat, nur vom Standpunkt des Forschers betrachten könnten. Wir nennen uns Seelenärzte, gedenken wir unserer vornehmsten Aufgabe, zu heilen!

Schnitzer-Stettin: Beitrag zur Psychopathen-Fürsorge. (Veröffentlicht in der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Jödicke-Stettin: Seelische Störungen nach Leuchtgasvergiftung.

Nach Erörterung der Symptomatologie, der Pathologie der Leuchtgasvergiftungen Stellungnahme zu den CO-Vergiftungen und Vorstellung folgender Fälle.

1. Fräulein L.: 59 Jahre alt, vor 5 Jahren Nervenschock, sonst Vorgeschichte o. B. Ende Dezember 1917 Leuchtgasvergiftung, 9 Stunden, bewußtlos aufgefunden, nach 3 bis 4 Tagen allmähliches Erwachen. Nach 3 Monaten folgendes Bild: große Mattigkeit, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, außerordentlich träge Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall. Sprache verwaschen, leise, kaum verständlich, Zwangsweinen, gemütliche Verstimmung, müder maskenartiger Gesichtsausdruck, Gang langsam, schleppend, Störungen der Merkfähigkeit, Interesselosigkeit, Unbeholfenheit, so daß sie gefüttert werden muß, Demenz.

2. Fräulein W.: 20 Jahre alt. Vorgeschichte o. B. 28. 8. 1919. Vergiftung mit Leuchtgas 3 bis 4 Stunden, 2 Tage bewußtlos. Nach 4 Wochen noch starke Kopfschmerzen, Pupillenreaktion prompt und gleichmäßig, Kniesehnen-Reflexe lebhaft, Sprache und Schrift leicht aphasisch, retro- und anterograde Amnesie, stark herabgesetzte Merkfähigkeit, Desorientierung, Konfabulation cf. Korsakoff, intellektuelle Schwäche. Nach 1 Jahr bis auf kleinste Reste wieder völlige Herstellung und Arbeitsfähigkeit.

3. W. H.: 54 Jahre alt. Vorgeschichte o. B., Arbeiter in der Gasanstalt, dort vor kurzem durch Einatmen von Gas beim Abtransport von glühenden Kohlen verunglückt: Kopfschmerzen, Erbrechen, Apathie, nach 14 Tagen wieder 3 Wochen arbeitsfähig. Dann Verschlimmerung. Pupillenreaktion aufgehoben, Babinski positiv, Sensibilität herabgesetzt, Skleren leicht ikterisch, im Augenhintergrund Netzhautblutungen und Neuritis, Liquor normal. Benommen, stark aphasisch, herabgesetzte Merkfähigkeit, Gedächtnisschwäche, Gang unsicher, taumelnd, Dementia.

Aussprache. — *Merklin* hält es nicht für ausgeschlossen, daß in dem dritten Falle eine Komplikation vorliegt, indem die Leuchtgasvergiftung bzw. CO-Vergiftung ein bereits (durch chron. Alkoholismus, Arteriosklerose?) geschädigtes Zentralorgan traf. *M.* weist auch auf jene interessanten Fälle von Leuchtgasvergiftung hin, in welchen Leuchtgas aus einem undichten Rohr der unterirdischen Straßenleitung im Winter in Häuser angesaugt wird, die selbst keine Gasleitung besitzen, und nun hier schwere Vergiftung erzeugt (vgl. die Mitteilung von *Katz* aus dem Wiener Institut für ger. Medizin, Ztschr. f. Med.-Beamte 1910, Nr. 19).



P. Meyer: Die patholog.-anatom. Befunde bei der CO-Vergiftung sind nicht einheitlich. Meine eigenen, an einer größeren Zahl von einschlägigen Obduktionsbefunden erhobenen Erfahrungen stimmen mit der Ansicht der Mehrzahl der Autoren dahin überein, daß man bei akut verlaufenden Vergiftungsfällen — und solche habe ich ausschließlich bisher anatomisch zu untersuchen Gelegenheit gehabt — nichts Sicheres, insbesondere keine Erweichungen im Gehirn nachweisen kann. Von englischer Seite wird — der Name des Autors ist mir nicht gegenwärtig — über einen Befund bei einem 5 Wochen nach der CO-Vergiftung verstorbenen Mann berichtet, bei dem eine diffuse Erweichung einer bestimmte Lage der grauen Hirnrinde gefunden wurde. Der betr. Autor äußert die Ansicht, daß eine Erweichung bei kurz nach der Vergiftung eintretendem Tode gewöhnlich noch nicht zur Ausbildung kommt, daß dagegen bei den protrahierten und in Demenz übergehenden Fällen solche Erweichungsherde wohl gewöhnlich vorhanden sein dürften. Diese Ansicht scheint mir nicht unwahrscheinlich und ist vielleicht geeignet, die Verschiedenartigkeit der patholog.-anatom. Befunde, die hinsichtlich der CO-Vergiftung in der Literatur niedergelegt ist, zu erklären.

Flater-Stettin: Ein Fall von Torsionsdystonie mit Krankenvorstellung.

Ein hereditär belastetes Mädchen arischer Abkunft erkrankt im 9. Lebensjahr ohne erkennbare Ursache mit Zittern in den Armen. Bald danach tritt Schiefhaltung des Kopfes auf, ferner eine sehr erhebliche Skoliose der Brustwirbelsäule und eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Verkrümmungen sind im Stehen und Gehen am stärksten, während sie sich im Liegen zum großen Teil ausgleichen. Der Gang nimmt eine eigentümliche bizarre Form an. Dabei besteht eine bei Aufregung sich steigernde, im Schlaf aufhörende motorische Unruhe mit Zitterbewegungen der oberen und unteren Extremitäten teils choreiformen, teils Paralysis agitans ähnlichen Charakters. Die Muskulatur zeigt ein Nebeneinander von Spasmus und Hypotonie: so befindet sich die Hals- und Rückenmuskulatur fast dauernd in starker tonischer Anspannung, während andere Muskelgruppen hypotonisch sind. Gehirnnerven frei, keine Pyramidensymptome. Innere Organe, insbesondere Leber o. B. Kein Pigmentsaum der Kornea. Reflexe o. B. Psyche intakt. Intelligenz über dem Durchschnitt. — Zweifellos liegt das Krankheitsbild vor, das *W. Schwalbe* 1908 in einer Inauguraldissertation „eine eigentümliche tonische Krampfform mit hysterischen Symptomen“ und *Ziehen* 1911 unter dem Namen einer „tonischen Torsionsneurose“ beschrieben haben. Der erste, der die Ansicht vertrat, daß das Leiden keine funktionelle Neurose sei, sondern wahrscheinlich auf feinen Veränderungen im Gehirn in bestimmten, den Muskeltonus regulierenden Bezirken beruhe, war *Oppenheim*, der als Namen der Krankheit „Dysbasia lordotica progressiva“ oder, um das für das Leiden so charakteristische Nebeneinander von Hypertonie und Hypotonie zu kennzeichnen, „Dystonia musculorum deformans“ vorschlug. *K. Mendel*, der alle bis zum Jahre 1918 veröffentlichten Fälle dieser Krankheit unter Mitteilung von zwei eigenen Beobachtungen zusammenstellte, glaubt, daß die Krankheit der Pseudosklerose und Wilson-



chen Krankheit nahestehe und ihr Sitz in den Hirnstamm, und zwar vahrscheinlich in die Gegend des Streifenhügels und Linsenkerns, vieleicht aber auch in den Kleinhirn-Bindearm zu verlegen sei. Er schlägt ror, der Krankheit den Namen „Torsionsdystonie" zu geben.

Wegener-Stettin: Über juvenile Paralyse mit Krankenvorstellung. Vorgetragen durch Herrn *Pensky*-Stettin.

Es wird zunächst auf die Definition der juvenilen Paralyse einzegangen und der Unterschied klargelegt zwischen kongenitaler Syphilis ınd den Frühformen der gewöhnlichen Paralyse. Dann wird die Erblichzeitsfrage und die Häufigkeit der juvenilen Paralyse erörtert und das Vorkommen bezüglich des Geschlechtes und des Alters der Erkrankten. Weiterhin wird die Symptomatologie der Erkrankung mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen und psychischen Störungen die pathologische Anatomie, die Serologie und Therapie behandelt. Zum Schluß wird ein 19jähriger Kranker demonstriert, dessen Vater im Alter von 41 Jahren tödlich verunglückt ist, und dessen 57jährige Mutter keine luischen Symptome aufweist, jedoch zwei Aborte durchgemacht hat. Er selbst lernte schlecht, kam nur bis zur dritten Klasse und wollte im letzten Jahre nicht mehr recht die Schule besuchen. Er war dann als Laufbursche tätig, wechselte recht oft seine Stellung. Im Alter von 14 und 15 Jahren fiel er zweimal die Treppe herab wegen Steifheit in den Beinen. Er klagte seit dieser Zeit öfter über Schmerzen in den Beinen und im Kopf und Schwäche in den Armen. Er konnte keine schwereren Gegenstände in den Händen halten und ließ sie hinfallen. Seit November 1920 ist er derart lebhaft, schwatzhaft und ungehorsam, daß Anstaltsbehandlung notwendig wurde. — Körperlich ist Pat. zurückgeblieben. Pupillen ungleich, verzogen und lichtstarr. Zähne klein, zeigen Hutchinsonschen Typ. Sehnenreflexe gesteigert, aber gleich. Gang spastisch-ataktisch. Die Beine zeigen spastische Lähmung. In den unteren Extremitäten besteht Ataxie. Sprache verwaschen, zeigt Silbenstolpern.

Psychischer Status: Stimmung euphorisch. Starker Rededrang mit motorischer Unruhe; er schwatzt alles durcheinander und äußert eine Unzahl unsinniger Größenideen. Sehr schwer zu fixieren; unsauber, schmiert mit Kot. Nachts muß er oft isoliert werden, da er die andern Kranken stört. — Wassermann stark positiv. — Pat. wird antiluisch behandelt.

Schwarz: Beitrag zur chirurgischen Behandlung des Ulcus trophicum nach Schußverletzungen.

Trophische Ulcera gelten bekanntlich meist für unheilbar und sind deshalb für den Kranken wie für den Arzt gleich unangenehme Komplikationen eines Nervenleidens oder einer Schußverletzung. Infolge ihrer Neigung zu Wiederaufbruch nach vorübergehender Heilung und der Disposition zu Entzündungen und Erysipelen haben sie in unzähligen Fällen in den letzten Jahren zu Amputationen geführt, zu denen man sich um so leichter entschloß, als es sich um Schußverletzungen handelte, durch die in vielen Fällen auch Verletzungen der Muskulatur und der Knochen entstanden waren, die das Glied sowieso in seiner Gebrauchsfähigkeit

beschränkten. Wenn es gelänge, eine endgültige Heilung dieser Geschwüre zu erzielen, so wäre damit vielen Kriegsbeschädigten geholfen und manche Amputation erspart. Angeregt durch eine Arbeit des Franzosen *Leriche* hat nun *Brüning* neuerdings eine Theorie über die Entstehung der trophischen Geschwüre aufgestellt, die etwas Bestechendes hat. Erfolge, die er mit geeigneter Behandlung erzielt, und über die auch ich berichten kann, lassen erkennen, daß die Theorie richtig ist, und eröffnen die Aussicht auf eine kausale Therapie dieser Crux medicorum. Die Theorie geht von der Voraussetzung aus, daß bei einer Schußverletzung des Nerven — nur um traumatische trophische Geschwüre handelt es sich hier — nicht der periphere Abschnitt des verletzten Nerven die Ernährungsstörungen verursacht, sondern daß am zentralen Stumpf ein Neurom oder eine Nervenverwachsung in einer Narbe einen Reiz ausübt, welcher sich auf das die großen Gefäße begleitende Nervengeflecht überträgt und so zur Entstehung der Geschwüre führt. Wenn die Theorie richtig ist, so müßte die Beseitigung dieses Reizes oder die Durchtrennung der sympathischen Nervengeflechte entlang den Gefäßen eine Ausheilung herbeiführen. Den ersteren Weg hat *Brüning* beschritten, indem er nach Entfernung der Neurome die Nervennaht machte, während *Leriche* daneben die Durchschneidung der sympathischen Fasern ausführte. Beide berichten über gute Erfolge.

Im hiesigen Versorgungskrankenhause sind 4 Fälle operiert worden. 3mal handelte es sich um echte Neurome, 1mal um eine ausgedehnte Narbenverwachsung am Ischiadicus. In allen 4 Fällen bestanden Geschwüre an der Fußsohle, die jeder Behandlung getrotzt hatten. In dem Falle mit Narbenverwachsungen handelte es sich sogar um 2 Geschwüre, deren eines Talergröße erreicht hatte. 2 mal wurde nach Entfernung der kolbig verdickten zentralen Stümpfe die Nervennaht gemacht, 1 mal die Auslösung des Nerven, 1 mal eine Narbenverwachsung mit neuromatöser Verdickung am tibialis posticus gelöst und das Neurom abgeschnitten. Ein peripherer Stumpf war nicht vorhanden. In allen Fällen trat bald nach der Operation eine Änderung im Charakter des Geschwürs ein, der vorher schmierige Grund zeigte frische Granulationen, von den Rändern her setzte eine langsame Überhäutung ein. Dies zu einer Zeit, als von einer Wiederherstellung einer Nervenleitung noch keine Rede sein konnte. Zwar ist in 2 Fällen die neugebildete Narbe noch sehr empfindlich und bedarf sehr der aufmerksamen Behandlung, jedoch läßt sich der Eindruck einer völligen Umstimmung des Geschwürscharakters nicht wegleugnen. Die geringe Zahl von 4 Fällen erlaubt natürlich noch kein endgültiges Urteil, ich möchte deshalb zu weiteren Versuchen anregen, die man um so eher unternehmen wird, als diese Kranken ja sonst doch über kurz oder lang der Amputation verfallen sind.

Aussprache. — *Niesel*-Stettin: Die vorgestellten Fälle bringen einen Beitrag zur Erklärung der trophischen Geschwüre. Ich habe alle Fälle gesehen und untersucht, es bestand nach wie vor der Operation vollständige Leitungsunterbrechung, die Sensibilität war auch zur Zeit der Heilung bzw. der Besserung der Geschwüre noch nicht wiederhergestellt, in einem Falle war ja auch die Nervennaht nicht gemacht worden, da das periphere Ende nicht auffindbar war. Die sensiblen Nerven können

also keine ausschlaggebende Rolle spielen. Nun sind trophische Störungen sehr häufig mit vasomotorischen kombiniert, so war es auch hier, und man weiß, daß trophische Störungen der Haut bei Erkrankungen des Sympathikus vorkommen, sodaß man dem Sympathikus spezifisch-trophische Fasern zugesprochen hat. Es liegt also nahe, bei trophischen Geschwüren an den Sympathikus zu denken. Auch *Goldscheider* nimmt spezifisch-trophische Nerven nicht an, vielmehr geht er von der Theorie der Dissimilation und Assimilation der Gewebe aus und macht für die Störung des normalen Ablaufs der Ernährungsvorgänge sowohl den Ausfall der physiologischen Reize als auch ein Übermaß derselben verantwortlich, wobei die sensiblen und vasomotorischen Nerven die Vermittler spielen. Ein Übermaß von Reizen, also irritative Vorgänge vom Neurom bezw. von Verwachsungen ausgehend, lag anscheinend in allen diesen Fällen vor. Schon *Oppenheim* betont in seinem Lehrbuch, daß Affektionen sensibler Nerven, besonders wenn sie irritativer Natur sind, imstande sind, reflektorisch die Vasomotilität zu beeinflussen. Es scheint also glaubhaft, daß von einem Neurom am zentralen Ende oder von narbigen Verwachsungen eines verletzten Nerven Reize ausgehen, welche eine Störung des Sympathikus und damit ein trophisches Geschwür bedingen können. Damit wäre die Bedeutung des Sympathikus für die Entstehung von Ernährungsstörungen der Haut erwiesen, aber noch nicht die Frage geklärt, ob er spezifisch-trophische Fasern enthält.

O. Meyer weist auf die Arbeiten von *Ricker* hin, welche die Bedeutung der Gefäßnerven für das Auftreten von Blutungen verschiedener Art, insbesondere neuerdings auch für die nach Commotio cerebri auftretenden bzw. mehr oder weniger lange Zeit bestehen bleibenden nervösen Beschwerden in eingehender Weise zu begründen suchen. Aus diesen Arbeiten und denen zahlreicher anderer Autoren der neueren Zeit, ich nenne nur *Bergmann* und *Roeßle*, geht zweifellos hervor, daß die Gesäßnerven in der Pathogenese zahlreicher Krankheiten mitwirken und daß sie eine viel größere Beachtung verdienen, als ihnen auch heute noch von dem Gros der Ärzte zuerkannt wird.

O. Meyer demonstriert zwei Rückenmarkspräparate.

Das erste Präparat zeigt ein ausgedehntes intraspinales Haematom des Lendenmarks, durch welches der ganze Conus terminalis zerstört ist, und das außerdem zu einer frischen Blutung in den Subduralräumen geführt hat. Das Präparat stammt von der Sektion einer 22 Jahre alten Patientin, die vor etwa 2 Jahren einen Fall auf das Gesäß erlitten hat und seitdem und zwar in wechselnder Stärke nervöse Symptome, insbesondere zuletzt eine typische Reithosenanästhesie aufwies, so daß intra vitam die Diagnose auf Konusverletzung gestellt war. Die Patientin starb an einem Typhus abdominalis. Nach dem Resultat der vorläufigen mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um eine ältere Blutung, die höchstwahrscheinlich auf das erlittene Trauma zurückzuführen ist, und die den Ausgang von rezidivierenden Blutungen gebildet hat, von denen die letzten frischen Blutungen wahrscheinlich durch die Typhusinfektion ausgelöst sind. — Das zweite Präparat zeigt nur eine ausgedehnte frische Blutung in die weichen Häute, besonders der Vorderseite des Rückenmarks und eine frische Blutung in den Subduralraum des

Rückenmarks. In diesem Falle handelt es sich um eine Spontanblutung, die bei einer 53jährigen moribund ins Krankenhaus eingelieferten Patientin gefunden wurde. Die Sektion zeigte außer einer starken Hyperämie des Gehirns und des Rückenmarks keine besonderen Organveränderungen. — Beide Fälle werden an anderer Stelle ausführlicher veröffentlicht.

Niesel-Stettin.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Dresden am 25. u. 26. April 1921.

Anwesend: *Ackermann*-Großschweidnitz, *Adams*-Andernach, *Albrecht*-Ückermünde, *Anhalt*-Erdmannshain, *Anton*-Halle, *Baron*-Dresden, *Bauer*-Altscherbitz, *Baumann*-Landsberg, *Becker*-Herborn, *Benneke*-Dresden, *Benning*-Rockwinkel, *Berliner*-Gießen, *Berlit*-Sonnenstein, *Berze*-Wien, Landesrat *Beßel*-Königsberg, *Bödeker*-Schlachtensee, *Böhmig*-Dresden, *Bonhöffer*-Berlin, *Boström*-Leipzig, *Braune*-Altscherbitz, *Braunert*-Ückermünde, *Buddeberg*-Merzig, *Büchner*-Hildburghausen, *Bumke*-Leipzig, *Campbell*-Dresden, *Colla*-Bethel, *Delbrück*-Bremen, *Dinter*-Brieg, *Dluhosch*-Obrawalde, *Donnerberg*-Osnabrück, *Draeck*-Aplerbeck, Landesrat *Drews*-Stettin, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Emanuel*-Charlottenburg, *Encke*-Lauenburg, *Ewald*-Erlangen, *Falkenberg*-Herzberge, *M. Fischer*-Wi *Flatau*-Dresden, *Forster*-Berlin, *Fränkel*-Lankwitz, *Frank*-Gießen, Dir. *Frey*-Berlin (Reichsministerium des Innern), *Fritzsche*-München, *Ganser*-Dresden, *Gaupp*-Tübingen, *Gericke*-Eberswalde, *Gerlach*-Königslutter, *Giese*-Marburg, *Göring*-Gießen, *Goldstein*-Halle, *Gottschick*-Bräunsdorf, *Gregor*-Dösen, *Groß*-Emmendingen, *Groß*-Schussenried, *Großmann*-Dresden, *Grütter*-Langenhagen, *Gruhle*-Heidelberg, *Hänel*-Dresden, *Hahn*-Breslau, *Hauptmann*-Freiburg i. B., *Havemann*-Rastenburg, *Heinel*-Dresden, *Heinicke*-Chemnitz, *Hellwig*-Teupitz, *Hermann*-Johannistal, *Hermkes*-Eickelborn, *Heyse*-Bernburg, *Hösel*-Dresden, *Holzer*-Suttrop, Stadtrat *Hübert*-Dresden, *Hübner*-Bonn, *Hußels*-Landsberg, *Ilberg*-Sonnenstein, *Jach*-Pfafferode, *Jakob*-Hamburg, *Jeß*-Eberswalde, *Jonas*-Allenberg, *Kästner*-Dresden, G.-R. *Kahl*-Berlin, *Kehrer*-Breslau, *Kirschbaum*-Hamburg, *Klieneberger*-Königsberg, *Kluge*-Potsdam, *Köster*-Düren, *Krämer*-Merxhausen, *Krakow*-Tapiau, *Krause*-Dortmund, *Krebs*-Allenberg, *Käte Krische*-Dresden, *Kronfeld*-Berlin, *Krüger*-Dresden, *Kürbitz*-Sonnenstein, *Kufs*-Dösen, *Kuhn*-Dresden, *Kundt*-Deggendorf, *Lägel*-Arnsdorf, *Laehr*-Wernigerode, *Lahse*-Potsdam, *Langer*-Nietleben, *Lantzius-Beninga*-Wiesbaden, *Lauschner*-Treptow, *Leonhardt*-Dresden, *Levinstein*-Dahlem, *Levy-Suhl*-Wilmersdorf, *Liebert*-Lübben, *Lienau*-Hamburg, *Liepmann*-Berlin, *v. Littrow*-Dresden, *Löwenstein*-Bonn, *Ruth Lubliner*-Dresden, *Lullies*-Kortau, *Maaß*-Dösen, *Malcus*-Haina, *Marthen*-Landsberg, *Maurer*-Marsberg, *Mayer-Schwarzburg*-Halle, *Mayr*-Eglfing, *Meltzer*-Großhennersdorf, *Mercklin*-Treptow, *Mertens*-Lengerich, *Meyer*-Königsberg, *Mittasch*-Dresden, *Mörchen*-Wiesbaden, *Mootz*-Lauenburg, *Naef*-Berlin, *Neißer*-Bunzlau, *Nerlich*-Großschweidnitz, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Nitsche*-Dösen, *Nöbel*-Colditz, *Oberender*-Dresden, *Öhmig*-Dresden, *Ötter*-Kutzenberg, *Päßler*-Dresden, *Peretti*-Grafenberg, Min.-Dir. *v. Pflug*-Dresden, *Pönitz*-



Halle, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Quensel*-Leipzig, *v. Rad*-Nürnberg, *Räther*-Bonn, *Rahnenführe*-Magdeburg, *Rautenberg*-Hamburg, *Reichardt*-Würzburg, *Rein*-Landsberg, *Reis*-Nürnberg, *Rinne*-Langenhagen, *Rittershaus*-Hamburg, *Römer*-Konstanz, *Rosental*-Berlin, *Roßbach*-Hubertusburg, *Rüder*-Dresden, *Schede*-Illenau, *Schenk*-Dresden, *Schilder*-Wien, *v. Schleiß*-Gabersee, *Schmidt*-Dresden, *Schmidt*-Herzberge, *Schmidt*-Pfafferode, *Schmorl*-Dresden, *Schneider*-Goddelau, *Schnitzer*-Stettin, *Schröder*-Kortau, *Schröder*-Uchtspringe, *Schubert*-Lüben, *Schulte*-Marsberg, *Schultz*-Weißer Hirsch, *Schultze*-Göttingen, *Schulze*-Arnsdorf, *Schwabe*-Plauen, *Seelert*-Berlin, *Seige*-Liebenstein, *Sievert*-Sonnenstein, *Sioli*-Bonn, *Snell*-Lüneburg, *Spaar*-Sonnenstein, *Stanojewitsch*-Agram, *Steiner*-Heidelberg, *v. Steinrück*-Konstanz, *Stemmler*-Arnsdorf, *Stertz*-München, *Sünner*-Herzberge, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Teuscher*-Weißer Hirsch, *Viedenz*-Zehlendorf, *Vocke*-Eglfing, *Volkmann*-Colditz, *Wachsmuth*-Eichberg, *Wagner v. Jauregg*-Wien, *Weber*-Chemnitz, *Weber*-Dresden, *Weber*, Präs. d. sächs. Landesgesundheitsamts, *Weidenmüller*-Jerichow, *Weidner*-Homburg, *Weiler*-Westend, *Weingärtner*-Bedburg, *Wendt*-Waldheim, *Werner*-Görlitz, *Westphal*-Bonn, *Weygandt*-Hamburg, *Wiehl*-Düsseldorf, *Wilhelmy*-Bonn, *Willige*-Ilten, *Woltär*-Außig, *Zierl*-Regensburg, *Ziertmann*-Bunzlau, *Zinn*-Eberswalde. Im ganzen 208 Teilnehmer.

Vorsitzender: *Bonhöffer*-Berlin. Schriftführer: *Kürbitz*-Sonnenstein, *Laegel*-Arnsdorf, *Rüder*-Dresden.

Der Vorsitzende dankt G.-R. *Ganser* für die Vorbereitung der Versammlung und begrüßt die Erschienenen, namentlich Min.-Dir. *Frey* als Vertreter des Reichsministeriums des Innern, Min.-Dir. *v. Pflug* als Vertreter des Sächs. Min. des Innern, Stadtrat Dr. *Hübert* als Vertreter der Stadt Dresden, G.-R. *Päßler* als Vertreter der Dresdener Gesellschaft für Natur- und Heilkunde und Dr. *Baron* als Vertreter des Dresdener ärztlichen Bezirksvereins. Hierauf nimmt das Wort

Min.-Dir. *v. Pflug*: Im Auftrage der Sächsischen Staatsregierung gebe ich der Freude Ausdruck, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie auf dem Boden Sachsens seine diesjährigen Sitzungen abhält. Ich begrüße Sie namens des Ministeriums und heiße Sie herzlich willkommen. — Die Tagung fällt in eine überaus ernste Zeit, in der große Umwälzungen politischer Natur und deren Folgen auch das Irrenwesen nicht verschont. Die Fortschritte, die dasselbe bis zum Beginn des Krieges wohl im gesamten deutschen Vaterlande in geradezu glänzender Weise gemacht hat, sind durch die Kriegsfolgen stark beeinflußt und drohen manchen Orts und nach vieler Richtung hin eine Beeinträchtigung zu erfahren. Die Staatsregierung würde es lebhaft bedauern — und darin weiß ich mich eins mit Ihnen —, wenn diese Fortschritte den finanziellen Nöten der Zeit geopfert sein sollten, und wenn ein weiterer Ausbau des Irrenwesens und die Fortentwickelung nach der organisatorischen und wissenschaftlichen Seite hin gehemmt oder gar abgebrochen werden müßten. Ob die schwierige Finanzlage des Reichs und aller Gliedstaaten gestatten wird, das Irrenwesen neuen Aufgaben entgegenzuführen, muß der Zukunft überlassen werden. Bestrebt aber müssen wir alle sein, das bisher Erreichte zu erhalten und womöglich weiter auszubauen. Daß dies auch Ihr Bestreben ist, dafür ist Zeugnis Ihre Tagesordnung, auf die Sie außer vielen wissenschaftlichen anderen Fragen höchst aktuelle Fragen gesetzt



haben. Ich nenne nur die Frage über Schaffung eines Irrengesetzes. Auch Ihre Stellungnahme zum Entwurf des Deutschen Strafgesetzbuches wird von hoher Bedeutung, besonders auch für Sachsen sein, weil gegenwärtig die kriminell gewordenen Psychopathen der Gegenstand ernstester Fürsorge der Staatsregierung sind. Auch die Fürsorge für entlassene Geisteskranke gehört mit zu den Aufgaben der Wohlfahrtspflege, und es wird Gegenstand eingehender Erwägung werden müssen, ob sie durch Ausbau der Aufgaben der Pflegebezirke gefördert werden kann. Einige Ihrer Organisationsbestrebungen hat der Sächsische Staat bereits erfüllt. Ich erwähne die Berufung eines Psychiaters im Hauptamte in das Ministerium. — Die hohe Sterblichkeit der Kriegsjahre 1917 und 1918, die in den Beständen der Anstalten aller Länder, so auch in Sachsen, große Lücken gerissen hat, hat bewirkt, daß diese leeren Stellen ausgenutzt und anderen Aufgaben der öffentlichen Wohlfahrtspflege zugängig gemacht werden müssen. Auch in dieser Beziehung hat die Sächsische Regierung eine alte Forderung Ihres Vereins erfüllt, indem sie an die Landesanstalt Sonnenstein eine Nervenheilanstalt angegliedert hat — das Maria-Anna-Heim in Pirna. Sie hat ferner der Ausbildung des Krankenpflegepersonals — eine sehr aktuelle Frage — ihr Interesse zugewandt und durch weiteren Ausbau der staatlichen Schwesternschule in Arnsdorf den Forderungen der Zeit Rechnung getragen. Ich lade Sie namens der Staatsregierung ein, wenn es Ihre Zeit erlaubt, diese beiden Institute zu besichtigen. — Die Staatsregierung wird mit großer Teilnahme Ihren Beratungen folgen, und ich wünsche von Herzen, daß die Ergebnisse Ihrer Sitzungen dem Deutschen Irrenwesen zum Segen gereichen möchten.

Nachdem auch Stadtrat Dr. *Hübert*, G.-R. *Päßler* und Dr. *Baron* den Verein in Dresden willkommen geheißen, dankt der Vorsitzende im Namen der Versammlung und begrüßt noch besonders G.-R. *Kahl*-Berlin, der trotz seiner Arbeitslast auf Bitten des Vereins heute ein Referat übernommen. Die Beschlüsse der vorjährigen Versammlung in Hamburg über den Achtstundentag und den Alkoholismus haben bisher keinen Erfolg gehabt. Dem Verein sind durch den Tod entrissen die Mitglieder Geh. S.-R. Dr. *Dittmar*, früher Dir. der Bezirksanstalt Saargemünd, M.-R. *Barbo*, Dir. d. Landesanstalt Pforzheim, Oberarzt Dr. *Weyland*-Marburg, Geh. S.-R. *Adler*-Schleswig und Prof. *Margulies*-Prag. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren der Verstorbenen. — Es folgt das

1. Referat: Schaffung eines neuen Irrengesetzes.

Der Ref. *E. Schultze*-Göttingen und der juristische Korref. G.-R. Prof. Dr. *Kahl*-Berlin, deren Berichte im nächsten Heft dieser Ztschr. ausführlich wiedergegeben werden, stellen folgende Leitsätze auf:

A. Allgemeines. — I. Art der Regelung. Vor der bisher in der Mehrzahl der Länder üblichen Regelung der Fürsorge für Geisteskranke und ihrer Beaufsichtigung innerhalb und außerhalb der Anstalten, insbesondere vor der Feststellung der allgemeinen rechtlichen Bedingungen, unter denen Geisteskranke in Anstalten verwahrt werden können oder müssen, auf dem Wege der Verordnungen verdient die gesetzliche Regelung den Vorzug (Reichsfürsorgegesetz für Geisteskranke). — Zu fordern ist, daß unter entscheidender Mitwirkung der Irrenärzte berechtigte



ärztliche Rücksichten auf den Kranken und auf seine Umgebung nicht hinter rein rechtlichen Gesichtspunkten zurücktreten.

II. Umfang der Regelung. Es empfiehlt sich nicht, alle zu den verschiedensten Rechtsgebieten, wie St.GB, StPO., BGB., ZPO., Gewerberecht usw. gehörenden Rechtsfragen, die den Geisteskranken angehen, in einem Irrengesetz zu vereinigen.

III. Reichs- oder Landesgesetz. Die Schaffung eines Reichsfürsorgegesetzes erscheint dringend wünschenswert, um eine einheitliche Auffassung der Aufgaben der Irrenfürsorge, besonders hinsichtlich der Verwahrung gesellschaftsfeindlicher kranker Personen, zu sichern; sie erscheint trotz der großen örtlichen Verschiedenheiten dann nicht bedenklich, wenn das Reichsfürsorgegesetz sich auf wesentlich normative Regelung der Grundlagen des Irrenrechts beschränkt, dagegen die Einzelgestaltung und Ausführung der reichsgesetzlichen Bestimmungen nach wie vor der Zuständigkeit der Länder oder Provinzen verbleibt.

IV. Träger der Irrenfürsorge. Die Errichtung und Verwaltung der öffentlichen Irrenanstalten soll nach wie vor den einzelnen Ländern oder Provinzen zufallen.

V. Zentralbehörde. Die Schaffung einer Zentralbehörde für das Irrenwesen, die von einem in der Anstaltspflege erfahrenen Irrenarzte geleitet wird, für den Geltungsbereich des Reiches oder der einzelnen Länder bzw. Provinzen ist dringend geboten.

VI. Kriminelle Geisteskranke. Die Anstaltsverwahrung von kriminellen Geisteskranken (Zurechnungsunfähigen, vermindert Zurechnungsfähigen, auch der Trunksüchtigen) ist ausschließlich der Regelung durch das künftige Strafgesetzbuch und Strafvollzuggesetz zu überlassen.

B. Besonderes. I. Kranke innerhalb der Anstalten.

1. Aufnahme in die Anstalt. Die völlig formlose Aufnahme einzuführen erscheint nicht ratsam. Das Aufnahmeverfahren ist aber möglichst zu vereinfachen und zu erleichtern sowie von der Sicherung der Kostenfrage zu lösen, um die sofortige Unterbringung eines anstaltspflegebedürftigen Kranken zu ermöglichen. Es ist zu unterscheiden die regelrechte, die dringliche, die freiwillige Aufnahme und die Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung. Für die dringliche Aufnahme genügt das Attest des den Kranken aufnehmenden Anstaltsarztes unter der Bedingung der sofortigen Vervollständigung der Aufnahmevorschriften. Die Polizeibehörde soll das Recht haben, auch ohne Gerichtsbeschluß auf Antrag eines beamteten Arztes eine sich auffallend gebärdende, störende oder gefährliche Person zum Zwecke der Beobachtung für einen bestimmten Zeitraum einer Anstalt zu überweisen, auch wenn Geisteskrankheit noch nicht festgestellt ist. — Das Attest eines Arztes genügt für die endgültige Aufnahme. — Für die Frage der Anstaltsbedürftigkeit eines Kranken sollen vor allem rein ärztliche Gesichtspunkte maßgebend sein, nicht nur seine Gefährlichkeit oder gar Gemeingefährlichkeit. Die Anstaltspflegebedürftigkeit, eine Frage des Verwaltungsrechts, darf unter keinen Umständen mit der Entmündigungsreife, einer Frage des Zivilrechts, oder mit der Feststellung des Grades der Geschäftsfähigkeit verquickt werden. — Jede Aufnahme ist der Sicherungsbehörde anzuzeigen, die die Anstalt in irrenrechtlicher Beziehung überwacht.

2a. Rechtsschutz während des Anstaltsaufenthalts. Jeder Anstaltsinsasse hat ohne Unterschied des Lebensalters und des Grades seiner Geschäftsfähigkeit jederzeit das Recht, bei der Sicherungsbehörde gegen seine Anstaltsunterbringung und die mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen der Anstalt Einspruch zu erheben. Dieses Recht kann auch von gesetzlichen Vertretern oder Anverwandten ausgeübt werden. Das dann einzuleitende Sicherungsverfahren ist dem Entmündigungsverfahren, wenngleich es materiell mit ihm nichts gemein hat, hinsichtlich der Form nachzubilden und, wiewohl es Fragen des öffentlichen Rechts zu entscheiden hat, aus praktischen Erwägungen den ordentlichen Gerichten zu übertragen, nicht den Verwaltungsgerichten. Die erste Instanz ist das Amtsgericht (Abteilung für Vormundschaftsachen), in dessen Bezirk die Anstalt liegt. Grundsätze für das Verfahren sind: nicht öffentliche. mündliche Verhandlung; Anhörung des Beschwerdeführers, von der nur ausnahmsweise vor der ersten gerichtlichen Entscheidung abgesehen werden darf; Vernehmung von Sachverständigen, jedenfalls des Anstaltsarztes; Zulassung von Fürsorgern oder Anwälten ohne Anwaltzwang; fakultative Mitwirkung der Staatsanwaltschaft.

b. Bestellung von Fürsorgern für Anstaltskranke. Dem gesetzlich nicht vertretenen Anstaltskranken kann ein Fürsorger für alle die Angelegenheiten bestellt werden, die mit seiner Anstaltsverwahrung und deren Beendigung in einem wenn auch nur losen Zusammenhang stehen. Die Einrichtung von Berufsfürsorgern verdient ernstliche Beachtung.

3. Entlassung aus der Anstalt. Für die Entlassung sollen in erster Linie ärztliche Gesichtspunkte (Heilung oder so erhebliche Besserung des Aufgenommenen, daß er nicht mehr anstaltspflegebedürftig ist) maßgebend sein. Verlangt der freiwillig Eingetretene seine Entlassung, oder ist die Beobachtungszeit (BI, 1) abgelaufen, so erfordert seine weitere Anstaltsverwahrung das regelrechte Aufnahmeverfahren.

II. Kranke außerhalb der Anstalt. Die Fürsorge für Geisteskranke, die nicht oder nicht mehr in einer Irrenanstalt untergebracht sind, muß einer Fürsorgebehörde (B I, 2b) übertragen werden, die für den Bezirk einer Anstalt gebildet und unter deren Leitung gestellt wird.

Schultze beantragt folgenden Beschluß: „Der Deutsche Verein für Psychiatrie ersucht das Reichsministerium des Innern, ihm vor Erlaß eines Reichsfürsorgegesetzes für Geisteskranke dessen Entwurf rechtzeitig zur gutachtlichen Stellungnahme zugehen zu lassen."

Aussprache. — *Baumann*-Landsberg: Der Vorstand des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte hält Widerstand gegen ein Reichsgesetz aus Standesrücksichten nicht für empfehlenswert, im Gegenteil Mitarbeit. Er verlangt aber Schutz gegen standesunwürdige Zumutungen bei den Einzelheiten des Gesetzes. Er hat sich bereits an den Reichsminister des Innern gewandt mit dem Wunsche, an den Vorarbeiten zum Gesetz beteiligt zu werden. Es ist das seitens des Ministers darauf zugesichert worden. Es wird eine Erweiterung der vorgeschlagenen Resolution im Sinne der Forderung auf Mitarbeit seitens des irrenärztlichen Standes empfohlen.

Weygandt-Hamburg: Hindernd wirkt die überwertige Idee der Gefährdung der persönlichen Freiheit. Leider wirkt das Lichtbildtheater in dieser Richtung hetzerisch. Internierung ist übrigens zwangweise



nötig auch bei geistesgesunden Infektionskranken und Bazillenträgern. Klar erwiesene Fälle von Einsperrung eines sicher Geistesgesunden in eine Anstalt per nefas sind seit Jahrzehnten nicht festgestellt. Es handelt sich in den Streitfällen um leicht Abnorme mit fraglicher Anstaltsbedürftigkeit. Auch bei Strafrichtern sind Rechtsirrtümer mit Strafinternierung Unschuldiger nicht ausgeschlossen. — Hamburg hat in gewissem Sinne Maßregeln wie die vorgeschlagenen. Jede Aufnahme kontrolliert der Gerichtsarzt. Jeder Insasse hat das Recht, sich bei der Gesundheitsbehörde zu beschweren. Außerdem besteht der Weg der Klage bei den ordentlichen Gerichten. Das Reichsgericht erklärt dies für zulässig. Als erste Beschwerdeinstanz erscheint mir eine Behörde zweckmäßiger, weil einfacher, als das Amtsgericht. Bei den Beschwerden wie in der Besuchskommission wirken in Hamburg Laien mit; trotz mancher Schwierigkeit läßt sich damit auskommen, und es wirkt auf die Bevölkerung als Beruhigungsventil. — Fürsorgeärzte, die von Anstalten gestellt werden, sind dringend zu empfehlen. Auch aus wissenschaftlichen Gründen, der Katamnesen wegen, sowie aus Standesgründen, da solche Stellen das ersehnte selbständige Arbeiten ermöglichen. Ratsam ist alles, was die Fühlung zwischen Anstalt und Bevölkerung fördert, also Fürsorge- und Beratungsstellen, Polikliniken, Ambulatorien, offene Sanatorien für Nervenkranke und leichte Psychosen, Besuchserleichterung, Aufklärung in Wort, Schrift und Bild.

Anton-Halle: 1. Die auf den Kliniken behandelten Kranken fallen nur z. T. in den Wirkungskreis des Irrenschutzgesetzes (Nervenkliniken). 2. Es fällt nicht jede geistige Störung mit dem zusammen, was im Gesetze Irrsinn heißt. 3. Viele Psychosen, besonders bei Operationen und Organerkrankung, dauern oft nur wenige Stunden und Tage. Es erscheint nicht wünschenswert, die Aufnahme solcher Kranken an weitläufige Formalitäten zu binden. 4. Viele Kranke werden zur Klinik nur gebracht, um überhaupt die Frage nach dem Vorhandensein einer geistigen Störung zu entscheiden. 5. Von anderem Gesichtspunkte sind jene Geistesgestörte zu behandeln, welche zu längerer Dauer und evtl. gemeingefährlich auf die Klinik als Heilanstalt abgegeben werden. Auf solche Kranke, die wider Willen dauernd der Freiheit beraubt werden müssen, finden wohl die Irrenschutzgesetze Anwendung, d. h. daß bei Aufnahme und bei Entlassung dieselben Kautelen anzuwenden sind wie in den Irrenanstalten. Es ist also Aufnahme und Zurückhaltung dieser Kategorie von Kranken im allgemeinen nur auf ärztliches Attest vorzunehmen, in dringenden Fällen jedoch auch ohne solches mit nachträglicher Begründung. 6. Diejenigen Erkrankungsfälle, welche während oder nach der gerichtlichen Untersuchung festgestellt sind und den Kliniken zugewiesen werden, fallen wohl gesetzlich demselben Behandlungsmodus anheim wie in den Irrenanstalten. 7. Die Rechtswohltat der Entmündigung von Geisteskranken, welche an länger dauernder Psychose erkrankt sind, muß selbstverständlich allerorts, also auch auf den Kliniken, nach den geltenden Gesetzen stattfinden. — Es wird beantragt, daß bei Äußerung des Vereins die Notwendigkeit einer freieren und ungehemmten Aufnahme bezüglich der psychiatrischen Universitätskliniken hervorgehoben wird.

Emanuel-Charlottenburg: Wir Privatanstaltärzte begrüßen es be-

sonders dankbar, daß von den beiden Referenten zwischen öffentlichen und Privatanstalten kein prinzipieller Unterschied gemacht worden ist. Es ist ein Zeichen des berechtigten Vertrauens und der Tatsache, daß die öffentlichen Anstalten bisher in gleicher Weise wie die privaten den unberechtigten Angriffen eines unorientierten oder böswilligen Teiles des Publikums ausgesetzt gewesen sind. Es ist zu hoffen, daß die Einmütigkeit der Sachverständigen in dieser Hinsicht nicht durch parteipolitische Gesichtspunkte bei der parlamentarischen Behandlung dieser Frage außer Wirkung gesetzt wird; ich glaube, in dieser Beziehung Grund zu einer etwas pessimistischen Auffassung zu haben. — Besonders begrüße ich die Anregung, daß für die freiwillige Aufnahme von Personen, die in Konflikte mit dem Strafgesetzbuch gekommen sind, mit der Absicht, sich dadurch etwa eine Exkulpierung zu sichern, besondere Sicherungsmaßnahmen getroffen werden, damit nicht die betreffenden Anstalten in ein falsches Licht kommen.

Weiler-Westend: Mißtrauen gegen Anstalten wird auch durch das schönste Gesetz nicht verschwinden. Jede Erleichterung des Aufnahmemodus ist zu begrüßen, nur besteht die Gefahr, daß man den Anstaltsarzt des Interesses beschuldigt, wenn er berechtigt ist, das Aufnahmeattest in dringenden Fällen auszustellen. Ein freiwilliger Pensionär kann nicht immer auf seinen Antrag entlassen werden, sondern er muß zurückgehalten werden auf Grund eines Kreisarztattestes, wenn sein veränderter Zustand es erfordert. — Ein Amtsgericht ist nicht die geeignete Behörde bei Einspruch Geisteskranker. Besser ist ein zweckmäßig zusammengesetztes Fürsorgeamt.

Neißer-Bunzlau: Die Lage ist heute noch nicht wesentlich anders als zu der Zeit, wo *Richard Sandberg* die Schrift schrieb mit dem bezeichnenden Titel: „Der Irrenarzt und sein unehrliches Gewerbe". Der Öffentlichkeit gegenüber kann nicht genug betont werden, daß die Irrenärzte selbst es waren, die von je das Verlangen nach klaren Rechtsbestimmungen erhoben haben. Wir fordern möglichste Erleichterung der Aufnahmen, sind aber mit allen Kontrollmaßnahmen der Anstalten einverstanden, sofern dieselben von sachkundiger und unvoreingenommener Seite gehandhabt werden, so daß die Rücksicht auf die Kranken und die von den Familien mit Recht beanspruchte Diskretion im Vordergrunde bleibt. Erfreulich ist, daß die vorgelegten Berichte und Leitsätze diesen Gesichtspunkten gerecht geworden sind. Zu der Bezeichnung würde ich einen kleinen Zusatz wünschen, nämlich: „Reichsfürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke", um gewissen populären Empfindlichkeiten Rechnung zu tragen. In Schlesien wird seit Jahren für alle Kranken alsbald bei der Aufnahme, aber ohne daß diese aufgehalten wird, die Bestellung eines gerichtlichen Pflegers, der nachträglich die Unterbringung genehmigen muß, gefordert. Dies Verfahren hat sich bezüglich der Behandlung der persönlichen Angelegenheiten der Patienten gut bewährt. Die Behauptung unrechtmäßiger Anstaltsinternierung und das Mißtrauen wird nie vollständig verschwinden, so wenig konkrete Anlässe auch hierzu vorliegen. Hierzu nur eine Bemerkung aus meinem engeren Erfahrungsbereich: Schlesien hat 10 Anstalten und verpflegt über 5000 Geisteskranke; ich kann mich aber aus 35 jähriger Dienstzeit nur an 2 Fälle von Anschuldi-



gungen jener Art erinnern, die beide gerichtlich als haltlos erwiesen wurden. Ich glaube nicht, daß es anderwärts anders steht. Wir können demgegenüber nichts anderes tun, als was wir seit einem Vierteljahrhundert tun, nämlich die Anstalten möglichst viel besichtigen zu lassen, um zu zeigen, daß es sich nur um besonders gut eingerichtete Krankenhäuser handelt.

Hübner-Bonn: Die Annahme der unberechtigten Internierungen ist ebensowenig berechtigt wie die der unberechtigten Entmündigungen. Der Aufnahmeantrag darf nie die möglichst rasche Aufnahme des Pat. hindern. Es muß auch festgestellt werden, an wen der Antrag zu richten ist, wer die Unterlagen schafft, wer entscheidet. Bei Beschwerden der Kranken sollte differenziert werden, je nachdem sie sinnlos sind und sich dauernd wiederholen; bei solchen ist ein förmliches Verfahren nicht erforderlich.

Meyer-Königsberg: Wenn die Behandlung der kriminellen Geisteskranken, die Fürsorge für die Entlassenen nicht besprochen werden soll, und wenn, wie von den Koll. *Weygandt*, *Neißer* und *Hübner* festgestellt ist, strittige Fälle sehr selten sind, so entfällt eigentlich für den Psychiater der Grund zu einer Irrengesetzgebung. Muß doch der Zeitströmung und dem Abgott der persönlichen Freiheit geopfert werden, so erscheinen doch in den Referaten die Kranken zu sehr als „juristische Personen“. Es muß mehr betont werden, daß wir Kranke zu behandeln haben und daß daher die freiesten Einrichtungen bzw. Aufnahme usw. die besten sind.

Hermkes-Eickelborn: In der Provinz Westfalen sind wir z. Z. in einer Kommission, welche aus Anstaltsärzten und Kollegen aus der Außenpraxis gebildet wird, damit beschäftigt, das Aufnahmeverfahren zu vereinfachen und die Entlassung nicht mehr unbedingt anstaltbedürftiger Kranker zu erleichtern. Beides glaubten wir in enger Zusammenarbeit der Anstalten mit den heute bereits in vielen Stadt- und Landkreisen errichteten Wohlfahrtsämtern zu erreichen. Man strebt an, letztere so zu organisieren, daß innerhalb des Wohlfahrtsamtes für eine bestimmte, nicht zu große Zahl von Einwohnern einer Fürsorgeperson die gesamte Gesundheitsfürsorge, die Geisteskranken eingeschlossen, anvertraut wird. Der Fürsorgeperson würde es obliegen, durch Vermittlung einer für das ganze Wohlfahrtsamt nach Art einer Poliklinik eingerichteten, von einem Fach- oder Anstaltsarzt geleiteten Beratungstelle geistig Erkrankte der geeigneten Behandlung und, wenn nötig, der Anstaltsaufnahme baldmöglichst zuzuführen sowie nach erfolgter Entlassung oder Beurlaubung aus der Anstalt auch den Geheilten oder Gebesserten im Bedarfsfalle in diskreter Weise zur Seite zu stehen. — Ob es zweckmäßig ist, das Recht zur Stellung eines regelrechten Aufnahmeantrages auch Privatpersonen einzuräumen, möchte ich bezweifeln, halte es bei der Einführung eines dringlichen Aufnahmeverfahrens im Sinne der Herren Berichterstatter auch für entbehrlich. Daß die Polizeibehörde nicht mehr regelmäßig mit den Anstaltsaufnahmen beschäftigt würde, wie vielerorts vorgeschrieben, ist besonders zu begrüßen.

Schwabe-Plauen bittet Stadtasyle und andere nur zu vorübergehender Unterbringung Geisteskranker dienende Anstalten bez. der Aufnahmevorschriften ähnlich den Kliniken zu stellen oder die Beibringung der für regelrechte Aufnahmen erforderlichen Unterlagen erst nach einer gewissen Behandlungsdauer zu fordern.



Delbrück-Bremen: Der Kernpunkt des Problems dürfte in der Sicherungsbehörde liegen. Gegen die Wahl des Amtsgerichts hierfür sind Bedenken erhoben. *D.* unterstreicht dieselben. Wenn das Beschwerderecht weitherzig ausgebaut werden soll, darf es nicht auf die Anstaltbedürftigkeit beschränkt werden. Dann aber kann nur die allgemeine Aufsichtsbehörde der Landesregierung in Betracht kommen. Das Amtsgericht würde als zweite Instanz genügen. Die Regelung, wie sie in Hamburg gebräuchlich ist, erscheint deshalb sehr zweckmäßig.

Vocke-Eglfing kann die Bedenken *Meyers* nicht teilen. Der Rechtschutz durch das Gericht auf dem Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit wäre ein großer Fortschritt, den die Psychiater nur begrüßen können. Es handelt sich auch z. Z. nur darum, ob das Gesetz mit oder gegen uns gemacht wird; wir müssen trachten, daß es mit uns gemacht wird.

Lienau-Hamburg macht darauf aufmerksam, daß die Form der Ausübung des Aufsichtsrechtes die ärztliche Verschwiegenheitsverpflichtung nicht gefährden darf.

Nach Schlußworten von *Kahl* und *Schultze* wird der Antrag *Schultze* in folgender Fassung angenommen: Der Deutsche Verein für Psychiatrie ersucht das Reichsministerium des Innern, ihm vor Erlaß eines Reichsfürsorgegesetzes für Geisteskranke dessen bisherigen Entwurf rechtzeitig zur gutachtlichen Stellungnahme zugehen zu lassen und weiterhin Gelegenheit zur Mitarbeit durch Fachärzte zu geben, deren Auswahl im Einvernehmen mit dem Deutschen Verein für Psychiatrie erfolgen würde.

Göring-Gießen: Über den neuen Entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch.

Vortr. weist auf Bestimmungen hin, aus denen hervorgeht, daß im Entwurf, im Gegensatz zum geltenden Recht, nicht nur bestraft, sondern auch gebessert und die Allgemeinheit vor Schwerverbrechern gesichert werden soll. Er kommt dann auf die einzelnen Paragraphen, die den Psychiater interessieren, zu sprechen. In § 18^I (StGB. § 51) möchte er statt „krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder Geistesschwäche" nur den ersten Ausdruck stehen lassen, den zweiten streichen; er befürchtet nicht, daß dadurch ungerechtfertigt verurteilt werden könne. Ferner wünscht er, daß aus dem psychologischen Merkmal der Wille ganz entfernt wird. In § 18^II, der von den vermindert Zurechnungsfähigen handelt, würde er lieber eine freiere Ausdrucksweise sehen als die Bezugnahme auf die drei in Abs. 1 genannten Störungen. Bei der Erörterung der Straf- und Sicherungsmaßnahmen wendet sich Vortr. energisch gegen die Unterbringung der verurteilten vermindert Zurechnungsfähigen in Heil- und Pflegeanstalten nach Verbüßung der Strafe, sowie die Gleichstellung der vermindert Zurechnungsfähigen hinsichtlich der Strafbemessung mit den voll Zurechnungsfähigen, die eine strafbare Handlung versucht, die Notwehr überschritten haben und ähnliches. Auch äußert er Bedenken dagegen, daß es eine Schutzaufsicht für Unzurechnungsfähige, vermindert und voll Zurechnungsfähige gibt; man hätte verschiedene Namen wählen oder zum mindesten zum Ausdruck bringen sollen, daß mit dem Ausdruck „Schutzaufsicht" bei den verschiedenen Kategorien nicht dasselbe gemeint ist. Die Bestimmungen



über die in Trunkenheit begangenen Delikte sind dem Vortr. nicht scharf genug. Der vorgerückten Zeit wegen konnte auf den besonderen Teil nicht eingegangen werden. Vortr. erwähnte nur, daß der § 175 des StGB. mit einigen Modifikationen in den Entwurf übernommen ist, und bittet die Versammlung zu erwägen, ob auf Grund der neuesten Ergebnisse auf dem Gebiete der inneren Sekretion noch an einer Bestrafung der widernatürlichen Unzucht zwischen Männern festgehalten werden darf. (Erscheint ausführlich in der Z. f. d. g. N. u. Ps.)

Da ein Bericht über den Entwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch die Jahresversammlung 1922 beschäftigen soll, wird die Besprechung des Vortrags bis dahin vertagt.

2. Sitzung nachm. 2 Uhr.

Die satzungsgemäß ausscheidenden Vorstandmitglieder *Vocke*-Eglfing und *Wagner v. Jauregg*-Wien werden durch Zuruf wiedergewählt.

Der Justizkommission, die seit dem Tode *Moelis* aus *Aschaffenburg*, *Hoche*, *Hübner*, *E. Schultze*, *Vocke* und *Wilmanns* besteht, wird anheimgegeben, sich selbst zu ergänzen.

Dem Antrag des Vorstandes, die Jahresversammlung 1922 mit der Naturforscherversammlung in Leipzig zusammenzulegen, stimmt die Versammlung bei.

Der Schatzmeister *Bödeker*-Schlachtensee erstattet den Kassenbericht (s. Heft 1/3, S. 212). Ihm wird Entlastung erteilt und der Jahresbeitrag auf 10 M. festgesetzt.

Ebenso wird dem Vorstand der Heinrich Laehr-Stiftung, über die *Laehr*-Wernigerode berichtet, Entlastung erteilt.

Colla-Bethel beantragt, die Reichsregierung um baldige Vorlegung eines Trinkerfürsorgegesetzes zu ersuchen. *Aschaffenburg*-Köln, der nicht selbst kommen konnte, rät schriftlich, damit bis zu ruhigeren Zeiten zu warten, in denen die Achtung vor den Gesetzen wieder mehr Bedeutung hat und mehr nach sachlichen als nach politischen Gesichtspunkten entschieden wird; gegenwärtig werde kaum Brauchbares zustande kommen. Die Versammlung nimmt hierauf den Antrag *Colla* in folgender Form an: Der Vorstand wird beauftragt, an die Reichsregierung (Ministerium des Innern) mit dem Ersuchen heranzutreten, baldigst dem Reichstage den Entwurf zu einem Trinkerfürsorgegesetze für das Reich vorzulegen, wenn ein Ausschuß nach Bearbeitung des vorhandenen Materials, namentlich auch der ausländischen Gesetzgebung, zum Ergebnis kommt, daß ein solches Gesetz nötig sei. — Als Mitglieder dieses Ausschusses werden *Aschaffenburg*, *Colla*, *Delbrück*, *Gaupp* und *Weygandt* mit der Ermächtigung weiterer Zuwahl gewählt.

Dann berichtet *Stertz*-München über die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Ihre Entwicklung stand naturgemäß im Zeichen der zeitgemäßen Schwierigkeiten. Sie nötigten zum Verzicht auf die Errichtung einer chemischen Abteilung, wenigstens in dem vorher geplanten Umfange, und zwangen den Bau für ein eigenes Heim auf absehbare Zeit zurückzustellen. Aber auch unter den räumlich beschränkten Verhältnissen der Lebensgemeinschaft mit der psychiatrischen Klinik waren die Betriebsschwierigkeiten wegen der zunehmenden

Geldentwertung nicht gering. Ist doch die Forschungsanstalt fast ganz auf die aus Stiftungen fließenden Zinsen angewiesen, während die Betriebskosten auf das Zweieinhalb bis Dreifache gestiegen sind. Die Aussicht auf staatliche Hilfe muß bei der allgemeinen Notlage der deutschen Wissenschaften als gering angesehen werden. Als wirksamstes Mittel hat sich nach wie vor die persönliche Werbung bei verständnisvollen Gönnern erwiesen. Ihnen ist es zu danken, daß auch in diesem Jahre das Stiftungskapital um 1½ Mill. auf etwa 5 Mill. gestiegen ist. — Einen erfreulichen Aufschwung hat die Benutzung der wissenschaftlichen Arbeitplätze genommen, von denen 18 Herren Gebrauch machten, die auf den verschiedenen Abteilungen anatomische, genealogische, serologische, psychologische und klinische Studien betrieben. Die Ergebnisse der Arbeiten sind im 1. Band der gesammelten Arbeiten der Forschungsanstalt (Springer, 1920) niedergelegt. Neben den rein wissenschaftlichen Zielen war die Anstalt entsprechend der Intention der Stifter bestrebt, die Forschung auch in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen. Größere Untersuchungen sind über die Fragen des Alkoholismus, über die Ursachen der geistigen Minderwertigkeit bei Hilfsschülern und über Fragen der Arbeitspsychologie im Gange. — Ich darf mit dem Appell an Sie schließen, in materieller Hinsicht der Forschungsanstalt zu gedenken, wenn genesende Kranke oder deren Angehörige wie sonstige Gönner Mittel zur Förderung unserer Wissenschaft zur Verfügung stellen wollen. Ebenso kann auch die ideale Unterstützung nicht hoch genug eingeschätzt werden, die der Forschungsanstalt aus der zunehmenden Benutzung der vorhandenen und der Begründung neuer Arbeitsplätze erwächst, indem dadurch die wünschenswerte breite Berührung mit der gesamten psychiatrischen Forschung hergestellt wird.

Gregor-Dösen: Psychiatrische Tätigkeit in der Fürsorgeerziehung.

Jugendfürsorge und Fürsorgeerziehung eröffnen ein weites Feld für die vom Standesverein in den Richtlinien vertretene Forderung einer sozialen und wissenschaftlichen Betätigung des Anstaltsarztes. Als Gründe, die dem jetzt noch entgegentreten, erkennt der Vortragende: 1. fehlende Organisation der örtlichen Tätigkeit und Forschungsweise, 2. ungenügende Präzisierung der zu leistenden wissenschaftlichen und sozialen Aufgaben, 3. Mangel bestimmter ärztlicher Wirkungskreise in den bestehenden Organisationen. In der letztgenannten fundamentalen Frage kommt der Vortragende zu dem Ergebnis, daß die psychiatrischen Kräfte an nachstehenden Orten einzusetzen sind: 1. als Ärzte bei Jugendämtern, 2. in Polikliniken für Jugendliche, 3. in ärztlich geleiteten Beobachtungsstationen, 4. in Erziehungsanstalten und zwar an leitender Stelle, da nur dann der Forderung, die die pathologische Materie stellt, ohne Beeinträchtigung des Erziehungswerkes entsprochen werden kann. — Sodann werden die nächsten Forschungsziele auf diesem Gebiete erörtert, worüber näheres in der Veröffentlichung des Vortrags. Eine wesentliche Aufgabe des Psychiaters bildet endlich die Vermittlung psychopathologischer Begriffe an Lehrer und Erzieher, da nur unter dieser Voraussetzung wichtigen sozialen Aufgaben entsprochen werden kann; andererseits ist ein Kreis wissenschaftlich gebildeter Hilfsarbeiter heranzuziehen.



Aussprache. — *Emanuel*-Charlottenburg: Herr *Laehr* hat kürzlich mit erfreulicher Entschiedenheit Versuche der maßgebenden Stellen zurückgewiesen, den Psychiater bei den Aufgaben der Jugendfürsorge für die Psychopathen usw. zurückzudrängen zugunsten von Neurologen, Kinderärzten und Schulärzten. Es muß mit Energie gefordert werden, daß dieses Wirkungsgebiet dem Psychiater als dem seiner ganzen Vorbildung nach dazu geeignetsten vorbehalten bleibt. Eine andre Frage ist es, ob es zweckmäßig ist, solche Beratungstellen in Polikliniken in jedem Falle psychiatrischen Anstalten anzugliedern. In Charlottenburg, wo ich als Psychiater des Jugendamts tätig bin, wird diese Arbeit in der Hauptsache im örtlichen Anschluß an die Wohlfahrtszentrale gelöst. Es erscheint mir auch zweckmäßig, kleine selbständige Zwischenbeobachtungsstationen unter einer geeigneten Persönlichkeit einzurichten, mit Hilfe deren man sich öfters erst über die künftigen Erziehungsmaßnahmen klar werden kann. Auf diese Weise dürfte man nicht selten die von manchen Eltern gescheute Anstaltsaufnahme vermeiden können.

Kluge-Potsdam: Die Potsdamer Provinzialanstalten haben die Frage der psychiatrischen Mitarbeit bei der Fürsorgeerziehung seit langen Jahren praktisch verfolgt. Es sind bisher an die 2000 Fürsorgezöglinge dort an der Anstalt für Epileptische und der Schwachsinnigenanstalt behandelt und erzogen worden. 1906 wurde eine Sonderanstalt für männliche Fürsorgezöglinge und 1911 eine solche für weibliche Zöglinge errichtet, beide in engem Anschluß an die beiden Hauptanstalten. Diese beiden haben die Zöglinge nicht nur eingehend zu beobachten, sondern auch zu erziehen. Es ist eben im Hinblick auf die krankhafte Eigenart zumal gerade auch der psychopathischen Zöglinge hier der Psychiater in erster Linie zuständig. Es ist auch nötig, die Beobachtung an solchen großen Anstalten vorzunehmen, wo die erforderlichen Einrichtungen, also vor allem die verschiedensten Werkstätten und Arbeitstätten vorhanden sind, und wo ein psychiatrisch geschultes und erfahrenes Personal zur Verfügung steht.

Weber-Chemnitz: Die Stadt Chemnitz hat seit einem Jahre bei ihrem Jugendamt einen psychiatrisch geschulten Arzt im Hauptamt angestellt, dem die Begutachtung der psychopathischen Jugendlichen untersteht. Soweit seine Untersuchung nicht ausreicht, er auch an der Hand der Akten keine Entscheidung treffen kann, werden die Kinder der an die Nervenheilanstalt angegliederten Beobachtungstation überwiesen, die unter psychiatrischer Leitung steht und mit einem Lehrer zusammenarbeitet. Das Gutachten äußert sich in allen Fällen über den klinischen Zustand, die moralische und soziale Beschaffenheit, die Frage der weiteren Erziehung in Familie oder Anstalt, Berufseignung, Zurechnungsfähigkeit und eventuell Entmündigung vor Ablauf des 21. Lebensjahres. Die Beobachtungszeit muß länger ausgedehnt werden in Rücksicht auf die dem Jugendalter eigentümlichen Schwankungen. Die Verbindung der Beobachtungstation für Jugendliche mit einer psychiatrischen Anstalt hat sich bisher als unbedenklich erwiesen und ist sogar zu empfehlen in Rücksicht auf die der Anstalt zur Verfügung stehenden Beschäftigungsmöglichkeiten.

Stier-Charlottenburg: Es herrscht wohl Einstimmigkeit der Ansichten darüber, daß dem Psychiater bei der Ausführung der Fürsorge-



erziehung eine wichtige Rolle zukommt; mindestens ebenso wichtig ist aber seine Tätigkeit beim Jugendamt, wenn es sich darum handelt, die Ursachen für die Störungen des Verhaltens der Jugendlichen zu eruieren und festzustellen, ob psychische Anomalien dabei in Betracht kommen, und welcher Art sie sind. Diese Feststellungen sind aber für den in der Kinderpsychopathologie wirklich erfahrenen Psychiater fast ausnahmlos ohne die teure Anstaltsbeobachtung möglich, wenn ihm durch das Zusammenarbeiten mit den Fürsorgebehörden von diesen die nötigen Tatsachen der Vorgeschichte usw. zur Verfügung gestellt werden. In den seltenen Fällen, wo trotzdem eine Anstaltsbeobachtung unentbehrlich erscheint, ist sie auf eine Reihe von Wochen auszudehnen. In Berlin hilft die Arbeit des „Vereins zur Fürsorge jugendlicher Psychopathen" dem Psychiater wesentlich bei der ambulanten Beurteilung.

Emanuel-Charlottenburg: Wenn ambulante Beurteilung nicht zu einem Ergebnis führt, kann eine Zwischenbeobachtungstation die Irrenanstalt doch noch in manchen Fällen entbehrlich machen.

Neißer-Bunzlau: In den großen Städten ist die Feststellung der psychopathischen Sonderheit im allgemeinen zu erreichen. Die verschiedenartigen Beobachtungsheime oder -stationen, wie in Frankfurt, Leipzig usw., haben das bewiesen. Schwierig ist aber die Frage dieser Organisationen in großen provinzialen Aufnahmegebieten; das Hin- und Herschleppen der Kinder hat natürlich sein Bedenkliches, eine wirklich zweckmäßige Organisation ist noch nicht gefunden, nur darüber dürfte Einigkeit bestehen, daß die Mitwirkung des Psychiaters schon vom Beginn des Überweisungsverfahrens in der Zentralverwaltung unbedingt geboten ist.

Kretschmer-Tübingen: Über biologische Beziehungen zwischen Schizophrenie, Eunuchoid, Homosexualität und moralischem Schwachsinn.

Der Sexualtrieb bei Schizophrenen und Vorschizophrenen zeigt im Durchschnitt größerer Patientenserien eine Reihe von Eigentümlichkeiten. Es finden sich häufig Infantilismus, einfache Triebschwäche, Überspanntheiten und psychophysische Unausgeglichenheiten, ferner Triebunsicherheit mit nicht recht zielklarer Sexualeinstellung bis hinüber zu den groben, eindeutigen Perversionen, besonders der Homosexualität. Auch in den Hereditätstafeln Schizophrener und Homosexueller kommt die Beziehung zwischen beiden Symptomkomplexen manchmal gut heraus. — Der Prozentsatz der Individuen mit vollentwickeltem oder teilweisem Eunuchoid ist ebenfalls unter den Schizophrenen ein verhältnismäßig hoher, während er unter den Zirkulären ganz gering ist. Umgekehrt weist die Psychopathologie der Eunuchoiden in Symptombild und Lebensentwicklung zahlreiche Analogien zu den Persönlichkeitstypen des schizophrenen Formkreises auf. — Störungen der körperlichen Pubertätsentwicklung, Verfrühungen und Verspätungen sind oft mit äußerlich unscheinbaren, aber tiefgreifenden Verschiebungen des seelischen Bildes verknüpft, die, an den äußersten Flügel der Dementia praecox-Gruppe anschließend, für das spätere Leben Persönlichkeitsbilder nach Art der degenerativen Psychopathie und des moralischen Schwachsinns, bei Frauen



auch des sogenannten „hysterischen Charakters" hinterlassen. Öfters sind es gerade die „altruistischen Instinkte", was der Pubertätskrise zum Opfer fällt.

Besprechung. — *Göring*-Gießen weist hin auf den in Bd. 62 der Z. f. d. g. N. u. Ps. S. 269 von *Fischer* beschriebenen Eunuchoiden, bei dem vor einigen Monaten eine Hodentransplantation auf Veranlassung von *Fischer* vorgenommen wurde; die Behaarung wurde stärker, die Stimme tiefer, Erektionen traten auf. *G.* fragt, wie sich die Epiphysenlinien, die bei Eunuchoiden von besonderer Wichtigkeit sind, bei Schizophrenen verhalten.

Gruhle-Heidelberg: Untersuchungen von *Beringer-Dieser* (Heidelberg) ergaben an 200 männlichen Schizophrenen zahlreiche abnorme körperliche Befunde, aber nur wenige, die sich auf einen häufiger vorkommenden einheitlichen Typus zurückführen ließen. Eunuchoide nur 2 unter 200, doch zahllose Übergangformen, ferner Infantile, ausgesprochen weibliche usw., im ganzen rund die Hälfte „Auffällige".

Hauptmann-Freiburg: berichtet über eine schizophrene Pat., die nach Transplantation eines gesunden Ovariums eine ganz auffallende Besserung ihres psychischen Zustandes bot. Allerdings hielt diese Besserung nicht an, wenn der Zustand auch besser blieb als vor der Operation. In gewisser Parallele hiermit beobachtete man bei der ersten nach der Operation einsetzenden Periode eine Anschwellung und Rötung der Operationsstelle, was auf eine aktive Funktion des transplantierten Ovariums zurückgeführt werden kann, während die nächste Periode ohne diese Erscheinungen verlief. *H.* glaubt nicht, daß die Besserung nur darauf zurückzuführen ist, daß man sich nach der Operation naturgemäß mehr mit der Pat. beschäftigte, da frühere therapeutische Eingriffe keine derartigen Wirkungen hatten. *H.* fordert zur Verfolgung eines operativen Weges auf, um an einem größeren Material entscheiden zu können, ob sich ätiologische Beziehungen der Geschlechtsdrüsen zur Schizophrenie nachweisen lassen.

Schilder-Wien: Die Psychoanalyse hat immer wieder darauf aufmerksam gemacht, daß sich bei der Schizophrenie psychologische Gebilde finden, aus denen mittelst der psychoanalytischen Methode abgeleitet werden kann, daß die Sexualität auf das schwerste gestört sei. Insbesondere konnte starkes Hervortreten homosexueller Einstellungen nachgewiesen werden, allerdings waren daneben noch weitergehende Abbauerscheinungen (Regressionen) nachweisbar. Die Übereinstimmung mit den auf anderen Wegen gewonnenen Resultaten *Kretschmers* ist um so bemerkenswerter, als die Psychoanalyse mit dem Libidobegriff durchaus auf biologische Vorgänge zielt, was im allgemeinen zu wenig beachtet wird.

Weygandt-Hamburg: Bei Schizophrenen fand sich nach *Kafka*s Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens im Serum in etwa ¾ der Fälle u. a. Abbau der Geschlechtsdrüsen.

Kretschmer (Schlußwort): Auch unsere Erfahrungen gehen dahin, daß ganz grobe „Lehrbuchfälle" von Eunuchoid mit voller Ausprägung sämtlicher vorkommenden Symptome nur einen kleinen Bruchteil der schizophrenen Körperbauformen ausmachen. Viel wichtiger und häufiger sind bei genauen Messungen Teileinschläge von eunuchoidem Habitus,



wobei wir allerdings gerade auf den Lokalbefund am Genitale kein ausschlaggebendes Gewicht legen, weil er nur bei ganz groben Abweichungen sich einwandfrei feststellen läßt. Im übrigen bildet das Eunuchoid nur einen unter vielen schizophrenen Körperbautypen. Wenn man das Typische der Körperbauformen herausheben will, so muß man dafür die richtige Folie haben. Man darf nicht Schizophrene mit sog. Gesunden vergleichen, die bei analoger charakterologischer Struktur dieselben Körperformen haben wie die Schizophrenen selbst, sondern man muß die Schizophrenen mit den Zirkulären vergleichen. Bezüglich aller Einzelheiten verweise ich auf mein Buch über Körperbau und Charakter.

Hübner-Bonn:. Weitere Beobachtungen über die manisch-depressive Anlage.

1. Vortr. schildert zunächst den Entwicklungsgang, den die von schweren manischen oder melancholischen Phasen freibleibenden Persönlichkeiten nehmen. Er weist dabei auf die verschlimmernde Wirkung der Pubertät und des Klimakteriums hin und erwähnt ferner die Jahres- uud Tagesschwankungen. — Die manisch-depresisve Anlage kommt zustande durch die Einwirkung endokriner Drüsensäfte auf ein Gehirn, das in seiner Anlage gewisse Besonderheiten der Struktur aufweist. Die letzteren sucht Vortr. mit den Ergebnissen der Erblichkeitsforschung zu beweisen. —

2. Exogenen Faktoren mißt Vortr. für die Auslösbarkeit manischer oder depressiver Phasen keine erhebliche Bedeutung bei. Am deutlichsten ist s. A. n. die Unabhängigkeit der Stimmung, Leistungsfähigkeit, Hemmung u. a. Symptome von den Erlebnissen des Tages an den Tagesschwankungen der Zyklothymen zu beobachten. — Die echten manisch-depressiven Symptome sind deshalb auch viel schwerer zu bewerten als die neurotischen. Bei geeigneten Fällen kann man die neurotischen Komplexe durch Suggestion beseitigen, während die manisch-depressiven unverändert bestehen bleiben.

3. Im Hinblick auf Untersuchungen von *Pilcz*, *Rittershaus* u. a. hat Vortr. die Sektionsprotokolle von 95 Manisch-Depressiven durchgesehen. Es fanden sich: Meningitis 1-, Abszeß 1-, Zysten im Gehirn 4-, Blutungen und Erweichungen 5-, Hydrozephalus 2-, Verwachsungen der Dura 2-, Syringomyelie 1mal. Als Ursache des manisch-depressiven Irreseins hat Verf. die gefundenen Veränderungen in keinem Falle ansprechen können. Sonstige Hirnnarben fehlten ganz.

4. Die Beziehungen zwischen manisch-depressivem Irresein und paranoischen Symptomenkuppelungen faßt Vortr. nach seinen Erfahrungen folgendermaßen zusammen: a) Es gibt periodisch auftretende paranoische Symptomenkomplexe, die der periodischen Manie gleichzusetzen sind. b) Bei manisch-depressiver Veranlagung besteht in den ruhigeren Zeiten krankhaftes Mißtrauen, während der Hyperthymien oder Depressionen ausgesprochener Verfolgungswahn. c) Neben den manisch-depressiven Symptomen kommt es zu chronischer Wahnbildung. Von der echten Paranoia unterscheiden sich diese Fälle durch das gleichzeitige Bestehen von sicher zirkulären Krankheitszeichen und ferner dadurch, daß die Wahnideen zeitweise den Charakter von Phobien oder Zweifeln tragen.



d) Zu erwähnen sind schließlich noch die Fälle, in denen sich aus einer zyklothymen Anlage heraus allmählich eine chronische Halluzinose entwickelt, ohne daß Verblödung eintritt.

5. Diagnostisch unklare Fälle mit endokrinen Störungen, bei denen länger dauernde Depressionen beobachtet wurden:

a) Vater ängstlicher, hypochondrischer, skrupulöser, sehr verschrobener Mann. Mutter o. B. Sohn, stud. jur., sehr intelligent und selbstbewußt. Beste Schulerfolge. Während des Studiums sehr fleißig. Empfindliche, skrupulöse, rechthaberische Natur. Seit dem 15. Lebensjahr Anfälle mit Zungenbiß, Einnässen, Bewußtlosigkeit, die jeder Therapie trotzen. Nichts Hysterisches. Körperlich adipos. Genitalien und Haarwuchs dabei normal entwickelt. Mit 21 Jahren auffallende Zunahme der Adipositas. Gleichzeitig leichte Depression, sehr ausgeprägte subjektive und objektive Hemmung, Examensfurcht, Insuffizienzgefühl. Keine Selbstvorwürfe, kein Kleinheitswahn. Dieser Zustand dauert unter Fortbestehen der Anfälle etwa 10 Monate an, dann Rückgang der psychischen Erscheinungen und Verminderung der Adipositas. Pat. macht das Referendarexamen und geht in den Vorbereitungsdienst. Seit 2 Jahren keine Depression mehr. Die Anfälle sind auch ausgeblieben. In der Referendarzeit hat Pat. nur noch einmal einen wenige Sekunden dauernden Schwächeanfall bei erhaltenem Bewußtsein gehabt.

b) *A. Westphal* hat vor einigen Jahren einen Fall von amaurotischer Idiotie mit anatomischem Befund veröffentlicht. Die Mutter dieses Kindes — ein Schwesterchen ist später bei uns wegen des gleichen Leidens behandelt worden — zeigte folgende Besonderheiten: sie war eine blonde galizische Jüdin mit ziemlich ausgeprägter Adipositas, wenig entwickeltem Haarwuchs in den Achselhöhlen und Pubes, zeitweiliger Polyurie und einer in der Bonner Chirurg. Klinik röntgenologisch festgestellten Verbreiterung der sella turcica. Diese Frau hatte etwa zwei Jahre lang eine leichte Depression, ausgesprochenste Entschlußlosigkeit, subjektives Insuffizienzgefühl, langsame, träge Bewegungen, aber keine ausgesprochene Denkhemmung, keine Selbstvorwürfe, keinen Kleinheitswahn. Vollkommene Krankheitseinsicht. Vollständiger Mangel an sexuellen Empfindungen. Über manisch-depressive Belastung in der Familie nichts bekannt. Seit etwa ¾ Jahren ist insofern eine Änderung in dem Befinden der Pat. eingetreten, als sie lebhafter wurde, Verhältnisse mit anderen Männern anfing, in Umstände kam, ihre Scheidung betrieb, bei den Auseinandersetzungen große Schlagfertigkeit und Geschicklichkeit bewies. Dabei keine Ideenflucht. — Der Vollständigkeit halber sei hinzugefügt, daß die beiden idiotischen Kinder gleichfalls blond waren, ihr auch in den Gesichtszügen glichen. Das eine davon hatte auch eine Verbreiterung der sella turcica. Ein gesundes Kind aus derselben Ehe glich dem Vater, der das Prototyp des schwarzhaarigen galizischen Juden darstellt.

In beiden Fällen bestanden mehrmonatige Depressionen, im Falle b auch eine mäßige Erregung. Es fehlten allerdings gröbere Denkstörungen. — Beide Beobachtungen gehören wahrscheinlich nicht in die Gruppe der Manisch-Depressiven.

Aussprache. — *Rittershaus*-Hamburg: Für die Theorie der endokrinen Ätiologie spricht vor allem auch das häufige Vorkommen vago-



tonischer Symptome bei den Manisch-Depressiven. Bezüglich der Möglichkeit einer psychogenen Ursache manisch-depressiver Symptomenkomplexe sei auf den Vortrag *R.*s im Verein norddeutscher Psychiater (s. diesen Bd., S. 179) verwiesen bzw. auf die ausführliche Veröffentlichung desselben. Das Vorkommen einer organischen Ursache im Sinne von *Pilcz* dürfte durch die erwähnten Ergebnisse nicht widerlegt sein. Es scheint sich bei dem Materiale des Vortr. meist nur um frischere oder mehr zufällige Befunde gehandelt zu haben, während nach meinen Erfahrungen gerade lange zurückliegende (natürlich schwere) Schädeltraumen (Gehirnerschütterungen) hier häufig eine Rolle spielen. Außerdem bedürfte man mikroskopischer Untersuchungen, deren etwaiger negativer Ausfall bei unseren hier noch keineswegs abgeschlossenen Erfahrungen einstweilen allerdings ebenfalls nichts gegen eine derartige Auffassung beweisen würde.

Hübner (Schlußwort): Traumen, auch Kopftraumen, kommen in den Anamnesen häufig vor, so daß es bedenklich scheint, damit die Entstehung manisch-depressiver Zustände erklären zu wollen. — In meinem Sektionsmaterial handelte es sich teils um frische, teils aber auch um ältere Veränderungen, soweit solche überhaupt da waren. Mikroskopische Untersuchungen sind nicht gemacht worden. — Die starke Heredität der Manisch-Depressiven ist mit den Theorien *R.*s schwer zu vereinbaren.

Stertz-München: Zur Frage der Alzheimerschen Krankheit.

Das Wesen des Krankheitsvorganges ist besonders in zwei Beziehungen unklar, nämlich hinsichtlich der eigentümlichen, in dieser Form und Kombination kaum wiederkehrenden Symptomatologie und des Verhältnisses zur senilen Demenz, welche den gleichen anatomischen Befund bei großen klinischen Unterschieden aufweist.

1. Die auffallende, bis ins einzelne gehende symptomatologische Übereinstimmung der großen Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle legt die Annahme nahe, daß es sich nicht um eine zufällige Kombination von Symptomen, sondern um einen innerlich zusammengehörigen Symptomenkomplex handelt, der auf einem einheitlichen, im Wesen der Krankheit liegenden Grundzustand erwächst. Für das Studium des letzteren und der aus ihm hervorgehenden — gewissermaßen akzessorischen — Symptome eignen sich nicht so sehr die Endzustände, wie frischere Fälle. Im ganzen stützen sich die nachfolgenden Untersuchungsergebnisse auf 22 an der Münchener und Breslauer Klinik gemachte Krankenbeobachtungen.

Der Grundzustand weist in frischeren Fällen folgende Merkmale auf: die attenten, besonnenen, affektiv gut ansprechbaren Kranken lassen eine Reproduktionsstörung des gesamten mnestischen Besitzes einschließlich der sprachlichen, gnostischen, praktischen Funktionen höherer Ordnung erkennen. Mit ihrer geordneten Haltung kontrastiert daher ein oft verblüffendes Versagen der verschiedensten geistigen Funktionen (Kenntnisse, Rede-, Schreib-, Gedächtnisleistungen), wobei die erhaltene Selbstwahrnehmung der Störung zu Verlegenheit und Ratlosigkeit führt. Die Funktionsschwäche wechselt unter dem Einfluß konstellativer Faktoren, die hauptsächlich affektiver Natur sind. Die prämorbide Persön-



lichkeit mit ihren Anlagen dürfte pathoplastische Einflüsse auf den psychischen Allgemeinzustand ausüben. Unter günstigen Bedingungen zeigt sich bessere Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, Zutagetreten relativ guter Leistungen, eine u. U. noch ganz gute Merkfähigkeit bei Fehlen eigener und Fremd-Suggestibilität, also auch von Konfabulationen. Delirante Symptome spielen ebenfalls keine hervorragende Rolle. In späteren Stadien tritt Einengung des potentiell Vorhandenen, weitgehender Abbau psychischen Materials ein. Jedoch bleibt die affektive Ansprechbarkeit, ein attentes Wesen und eine leidliche Haltung oft bis in die Endstadien erhalten. Aus dem Grundzustand wird die weitere charakteristische Symptomgestaltung des Leidens verständlich. Die agnostischen, apraktischen Erscheinungen sind keine Herdsymptome im engeren Sinne, sondern Teilerscheinungen des allgemeinen mnestisch-assoziativen Versagens und somit ein integrierender Bestandteil der Grundstörung. Auch die Sprachstörung entspricht nicht einer typischen Läsion der betreffenden Zentren, sondern einer bis zur initiativen Stummheit und Wortsinntaubheit sich steigernden Funktionsschwäche des sprachlichen Apparats (klinisch ähnlich den „transkortikalen“ Formen). Das Durchbrechen der Stummheit infolge der bei der Untersuchung oder unter anderen Konstellationen sich einstellenden Reaktionsbereitschaft führt zu stammelnden Ansätzen, die hastig aneinandergereiht werden bis zum Erscheinen verständlicher Worte oder bis zum Versiegen des Innervationsstromes. Schließlich entwickelt sich hieraus eine stereotype sprachliche Reaktionsform: die durch Aneinanderreihung amorpher Silben gekennzeichnete „Logoklonie“. Ähnlich entstehen die anderen motorischen Stereotypien: die Reibe-, Wisch-, Nestelbewegungen u. ä. m. ursprünglich aus Verlegenheitsreaktionen: je mehr die gesamten Möglichkeiten absichtgemäßen motorischen Ausdruckes versagen, um so leichter mündet jedes seelische Ausdrucksbedürfnis in diese einmal entstandenen Gleise ein. Losgelöst von den ursprünglichen Entstehungsbedingungen werden diese Bewegungen stereotyp. Ein Teil von ihnen mag auch deliranten Ursprungs sein oder jener Neigung zu rhythmischen Äußerungen seine Entstehung verdanken, die nicht selten mit dem Fortfall höherer psychischer Leistungen auftritt.

Auch die Muskelspannungen sind ursprünglich nicht organisch, sie entsprechen weder Pyramidenspasmen noch striären Hypertonien, sondern sie sind psychisch-reaktiv bedingt und aus dem Grundzustand erklärbar. Aber auch sie überdauern die ursprüngliche Veranlassung, werden zur Stereotypie und führen allmählich bei dauernder Bettlägerigkeit zu sekundären Muskelkontrakturen. Damit ist die innere Zusammengehörigkeit der Symptome im Sinne eines „Symptomenkomplexes“ in den Grundlinien festgelegt und das erste der oben angedeuteten Probleme dem Verständnis nähergebracht. Der Beweis für die Richtigkeit der Darlegungen kann nur an der Hand der ausführlichen Krankengeschichten und Untersuchungsprotokolle erbracht werden, was an anderer Stelle geschehen soll.

Hinzuweisen ist auch auf das Vorkommen seltenerer Fälle, bei welchen auch die kortikalen „Zentren“ in Mitleidenschaft gezogen werden, was sich klinisch in bis zur Blindheit fortschreitender Sehstörung, in einem Falle in vollkommener akustischer Unansprechbarkeit, in zwei

Fällen in sehr eigenartigen spastisch-hemiparetischen Zuständen äußerte. Die histologische Grundlage dieser allmählich ohne Insulte entstehenden Herdsymptome steht noch nicht genügend fest.

2. Die weitgehende klinische Verschiedenheit der senilen Demenz und der *Alzheimer*schen Krankheit wäre nicht verständlich, wenn der ihnen gemeinsam zugrunde liegende histologische Befund einen identischen fortschreitenden Krankheitsprozeß darstellte, der, wie die Paralyse oder die Arteriosklerose, seinen eigenen Gesetzen folgt. Allein auch von pathologisch-anatomischer Seite wird uns diese Annahme nicht als zwingend hingestellt.

Die histologischen Merkmale: die Ganglienzellentartung mit der charakteristischen Alzheimerschen Fibrillenveränderung und die Drusenbildung lassen das Wesen des Krankheitsvorganges nicht erkennen (*Spielmeyer*). Ihr Vorkommen bei „normalen" Greisen, die ganz vorwiegende Beschränkung der Veränderungen auf die Hirnrinde legt den Gedanken nahe, daß es sich dabei nur um den äußerlich erkennbaren Ausdruck der Involution des Gehirnes — vor allem der Rinde — handelt, die sehr wohl hinsichtlich der funktionellen Störungen ihren eigenen Gesetzen folgen könnte, ohne daß diese nach unserem heutigen Wissen von der Lokalisation psychischer Vorgänge aus der histologischen Verteilung der gefundenen Veränderungen abgelesen werden könnten.

So bestände an sich die Möglichkeit einer Erklärung für die klinische Verschiedenheit bei histologischer Übereinstimmung der senilen und präsenilen Demenz und zwar auf der Grundlage der Annahme, daß bei diesen beiden Krankheiten ganz verschiedene Systeme der Involution verfallen. Es fragt sich, ob sich Stützen für eine solche Hypothese finden lassen.

Hier bietet sich folgende Erwägung dar: das Organ des seelischen Geschehens ist nicht als ein Reich für sich zu betrachten, sondern als ein in die Gesamtkonstitution eingefügter, von Teilen der letzteren funktionell abhängiger Mechanismus. Relativ gut begründet erscheinen die Beziehungen endokriner Organe zu jenen Substraten des Gehirns, deren Funktion seelisch in affektiven und attentionellen Kräften zutage tritt. Wir dürfen wohl in dieser Funktionsbeziehung, ebenso wie in der Ausgestaltung der Projektionssysteme, einen phylogenetisch älteren Erwerb erblicken, auf dem sich erst später der mnestische Überbau vollzieht.

Die örtliche und entwicklungsgeschichtliche Trennung der Partialsysteme rückt ihre selbständige Erkrankung in den Bereich der Möglichkeit. Bei manchen Entwicklungsstörungen (Kretinismus), beim manisch-depressiven Irresein und bei der Dementia praecox sind uns solche Gedankengänge geläufiger geworden, sie haben aber auch in unserem Falle ihre Berechtigung. Es liegt aus guten Gründen nahe anzunehmen, daß sich mit der senilen Demenz ein Altern der Gesamtkonstitution verbindet, während die präsenile nicht nur ein vorzeitiges, sondern auch ein partielles Altern darstellt. So wäre es erklärlich, daß bei der Alzheimerschen Krankheit gewisse Hirnsysteme der Rückbildung verfallen, während andere, besonders die von den endokrinen Organen abhängigen, ihre Rüstigkeit bewahren. Einen Beweis für das partielle — lebenswichtige Funktionen nicht bedrohende — Altern kann in der langen Dauer der Alzheimer-



schen Krankheit gesehen werden, von der *Kraepelin* annimmt, daß sie als solche überhaupt nicht zum Tode führt.

Als wichtig für uns ergibt sich daraus ein Verständnis für einen maßgebenden Unterschied zwischen seniler und präseniler Demenz, nämlich den, der sich auf das Affektleben bei beiden bezieht.

Indessen erhebt sich nun eine zweite Frage. Erscheint die Alzheimersche Krankheit in der zuletzt erwähnten Beziehung als eine im Vergleich zur senilen Demenz leichtere Erkrankung, so ist sie doch auf der anderen Seite ungleich schwerer.

Während die senile Demenz bei Ausschluß jeden Neuerwerbs eine zunehmende Einengung des Gedächtnisbesitzes nach gesetzmäßigen Prinzipien bedeutet, ohne daß die Ein- und Ausgangswege des Seelenlebens und der Gebrauch des verbleibenden Restes an Vorstellungsmaterial gestört sind, sehen wir bei der präsenilen Demenz von vornherein den gesamten mnestischen Besitz in seiner Funktionstüchtigkeit erschüttert, und der Fortschritt des Prozesses macht sich nun im wesentlichen im Sinne einer Intensitätssteigerung bemerkbar.

In einem sonst rüstigen Lebensalter haben wir also ein schwereres Versagen vor uns als bei den Erkrankungen des hohen Alters.

Wenn dieses Verhalten auf den ersten Blick befremdend erscheint, so ist es doch nicht ohne Ähnlichkeit mit anderen Erfahrungen der Pathologie. Ich erinnere an die verhängnisvolle Bedeutung des früh auftretenden Diabetes oder der Karzinome im jugendlichen Alter. Man darf u. U. wohl, was allerdings nicht verallgemeinert werden darf, in dem frühen Versagen die eine Seite der mangelhaften Vitalität eines Funktionssystems sehen, deren andere die Schwere und Ausdehnung der Entartung innerhalb seines Bereichs ist.

So gewinnen wir, mag diese Betrachtung auch mancherlei Hypothetisches enthalten, doch ein Verständnis für die gesetzmäßige Verschiedenheit der senilen und präsenilen Demenz.

Es ist m. E. keine Frage von grundlegender Bedeutung, ob wir die letztere als eine Unterform der ersteren ansehen wollen oder als eine eigene Krankheit. Den Involutionsvorgängen, die beide mit einem gemeinsamen Band umschließen, fallen in dem einen und in den anderen Fällen verschiedene Funktionssysteme zum Opfer. Das bedingt ihre klinische Verschiedenheit bei gleichem anatomischen Aussehen.

Das Bedürfnis praktischer Verständigung läßt uns auf die erstere das Hauptgewicht legen und *Kraepelin* zustimmen, wenn er die präsenile Demenz als eine eigene Krankheitsform anerkennt und ihr in Würdigung der zielbewußten anatomisch-klinischen Arbeit ihres Entdeckers den Namen gegeben hat, unter dem sie dann ein weit verbreitetes Interesse fand, ohne daß der Reichtum der darin ruhenden Probleme bisher irgendwie als ausgeschöpft gelten kann.

Köster-Düren: Versuche der Sanierung der Irrenanstalten bezüglich der Tuberkulose.

Nach kritischer Beleuchtung der Tuberkulosehäufigkeit in den rheinischen Anstalten und ihres vermehrten Auftretens während des Krieges erhebt Vortragender die Forderung, Mittel und Wege zu suchen, um dem



gehäuften Auftreten wirksam entgegenzutreten, besonders da auch aus der stärker infizierten Außenbevölkerung stets neue Tuberkulosenaufnahmen kommen werden. Es gilt nun vor allen Dingen, die Diagnose der Tuberkulose frühzeitig zu sichern durch alle heute geltenden Untersuchungsmethoden in deren Kombination, einschließlich der immun-biologischen Feststellung. Vortr. verweist auf die Schwierigkeiten der Erkennung der Tuberkulose bei Geisteskranken, zieht hier eine Parallele zu der schwierigen Erkennung der Altersphthise. — Haben wir nun festgestellt, wie weit die Tuberkulose vorhanden ist, so bleibt für das einzelne Individuum — festgehalten muß natürlich werden an der hygienischen Organisation für die Gesamtheit — das ausschlaggebende Moment des Kräfteverhältnisses zwischen den eingedrungenen Parasiten und der Abwehrleistung des Körpers. Dieses Kräfteverhältnis ist in günstigem Sinne herzustellen, zu steigern zu suchen durch Immunisierung; man muß den Versuch machen, die Tuberkulose-Infizierten bis zur biologischen Heilung durchzubehandeln. Vortr. verlangt also ein entschieden aktiveres Vorgehen gegen die Tuberkulose, verlangt ein Vorgehen gegen die Gewöhnung an die Tuberkulose „als eine Begleiterscheinung der Geisteskranken". Er betont den Krankenhauscharakter der Anstalten, wo es doch auch keinem Anstaltsarzt einfällt, bei ausbrechender Ruhr, Pocken usw. einfach ruhig dem Verlauf und der Ausbreitung der Krankheit zuzusehen, er verlangt aktiveres Vorgehen im Interesse des Kranken, im Interesse des Personals, im Interesse des Rufes der Anstalten, wo man als Arzt nicht einfach dem Umsichgreifen einer Volksseuche zusehen und den Kampf nicht mit ganz unzulänglichen Mitteln aufnehmen darf.

Vortr. berichtet ausführlich über seine Versuche an der Dürener (Rhld.) Anstalt, die er seit Anfang 1919 systematisch vorgenommen hat in konsequent durchgeführter Alt-Tuberkulinbehandlung. Er berichtet ausführlich über seine Erfolge mit dieser Behandlung, legt den Arbeitsplan vor, wie er vorgegangen ist. In Behandlung waren Epileptiker, Schwachsinnige, Manisch-Depressive und Dementia-praecox-Kranke. Die Auswahl der Fälle war getroffen zuerst nur nach dem Gesichtspunkt der psychiatrisch eindeutigen Diagnose; die Patienten hatten bis jetzt kein Bild geboten, das auf Tuberkulose schließen ließ, sie wurde erst erkannt bei der genauen Untersuchung. Hierfür stellt er die Forderung der Kombination sämtlicher Methoden der Diagnosensicherung.

Neben der ausführlichen Darlegung über die körperliche Besserung macht Vortr. aufmerksam auf die Beobachtungen, die er bei den Alttuberkulinbehandelten im psychischen Bild gemacht hat. Bei vorsichtigem und streng individualisierendem Vorgehen trat keine Häufung der epileptischen Anfälle auf, die zuerst bei schnellerer und höherer Dosierung eingetreten war; eine Änderung in der Verlaufsform der Epilepsie wurde nicht beobachtet (näheres s. Deutsche Med. Wochenschrift, wo in Kürze ein Artikel erscheint). — Bei einem Fall von manisch-depressivem Irresein und einigen Fällen von Dementia praecox fiel Vortr. eine auffallende Besserung, wenn nicht sozusagen eine Heilung der psychischen Erkrankung auf; bei angeborenem Schwachsinn trat naturgemäß keine Änderung ein. — Übereinstimmend war aber bei der großen Mehrzahl sämtlicher Fälle die ganz enorme Besserung des körperlichen Befindens, das gegen-



über dem der nicht gespritzten Kranken in ganz auffallendem Gegensatz stand; bleibend ganz ausgesprochene Gewichtszunahmen. Eine Verschlechterung des körperlichen Befindens und des psychischen Verhaltens wurde bei keinem Fall beobachtet.

Wenn nun die beiden ersten Punkte der Versuchsfolge lauteten: 1. Feststellung, wieviel Tuberkulöse in den Anstalten sind, und 2. der Versuch der Heilung, so kam als dritter Punkt hinzu: Die Beobachtung des psychischen Verhaltens unter dem Einfluß der Immunisierungskur und die Feststellung, ob und welche Psychosen evtl. etwas mit Tuberkulose zu tun haben — besteht ein gewisses Verhältnis bei gewissen psychiatrischen Diagnosen zum Auftreten der Tuberkulose? Vortr. kommt zu dem Ergebnis: Auf Grund der ersten Versuche und der später aufgenommenen neuen Versuchsreihe — in deren Beobachtung er mitten drin steht — kann man sagen, es besteht die Möglichkeit, mit Tuberkulin eine stark unterstützende Therapie einzuleiten bei der Bekämpfung der Tuberkulose. Wichtig ist aber unbedingt frühzeitige Erkennung. Nun kommt die nächste Frage, die der Zusammenhänge zwischen Tuberkulose und Psychose. Er weist auf die Tatsache hin, daß allen Heilstättenärzten und Ärzten, die sich mit Tuberkulose beschäftigen, eine tuberkulöse Psychoneurose bekannt ist; wieweit kann man nun von einer Psychose sprechen, wieweit spielen die Zusammenhänge in der Familie eine Rolle? Seine Versuche will Vortr. nicht irgendwie in diesem Zusammenhang schon als positiv verwertet wissen, da es zu wenige sind; er ist sich wohl bewußt, daß die Remissionen bei diesen Erkrankungen auch spontan auftreten. Er hatte aber doch das Empfinden, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen den Besserungen und der Kur bestand. Er bittet um Nachprüfung der Ergebnisse, besonders an frischen Fällen.

Er geht dann näher ein auf die Wege, die man bei der Forschung nach Zusammenhängen einschlagen kann. 1. Der Weg der vergleichenden Familienforschung auf Grund von Stammbäumen usw.; *K.* macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die sich hier ergeben. Der Weg ist nur beschreitbar bei genau geführten Stammbäumen und vorliegender sicherer Diagnose auch bei den Vorfahren, verlangt dann auch die Begriffsbestimmung, von wann an ein Mensch als tuberkulös infiziert anzusehen ist. Als zweiten Weg nannte er den experimentellen, den er zuerst eingeschlagen hat, um später auch den ersten noch zu beschreiten. Man macht therapeutische Eingriffe bei Kranken, wo die einzelnen psychischen Erkrankungen in ihrer Verlaufsform bekannt sind; man stellt dann auf experimentellem Wege fest, ob manche Psychose besser oder schlechter auf die Immunisierung, auf die Veränderung ihrer Tuberkulose oder auf Tuberkulin reagieren. Es gehört hierzu genaue psychische Diagnose und genaue Kenntnis der immunbiologischen Vorgänge, genaue Kenntnis der Tuberkulosebehandlung, um nicht durch Tuberkulinschäden, die aber nur Kunstfehler des betreffenden Arztes sind, der Sache zu schaden. Eindringlich macht er darauf aufmerksam, daß man nicht einfach „spritzen" soll, sondern es bedarf hierzu genauer wissenschaftlicher Unterlagen und Kenntnisse! — Vortr. erörtert dann noch, daß er bis heute mit Alttuberkulin behandelt hat, dem bis heute am längsten erprobten Tuberkulin, das sich bei sachgemäßer und vorsichtiger



Dosierung als unschädlich erwiesen hat. Er hat in Aussicht Behandlung nach *Petruschky*, *Deyke-Much* und *Friedmann*. Er verweist auch hier wieder auf die spezielle Literatur und nötige spezielle Vorbildung, betont nochmals, daß die Behandlung mit diesen Mitteln nur nach praktischer Kenntnis der Mittel zu einwandfreien Ergebnissen führen kann. Gerade in den Anstalten ist auch eine vergleichende Therapie bei den stets gleichen äußeren Verhältnissen in den Anstalten sehr gut möglich. — Zusammenfasseud schließt er: Man muß in den Anstalten der Tuberkulose Herr zu werden suchen, es besteht hierzu die Möglichkeit neben den hygienischen Maßnahmen durch Anwendung von spezifischen Heilmitteln der Tuberkulose, und es ist nötig und vielleicht möglich, so ätiologische oder irgendwie geartete Zusammenhänge zwischen Tuberkulose und Psychose zu klären oder Zusammenhänge in der Anlage zu beiden Erkrankungen.

Aussprache. — *Gericke*-Eberswalde: Drei Momente bewirkten hauptsächlich die Verbreitung der Tuberkulose: 1. das Zusammenlegen der Tuberkulösen wegen des Kohlenmangels; 2. die mangelhaft geschulten Wärter und Wärterinnen im Anfang des Krieges; 3. endlich das Fehlen der Fette, durch die die Tuberkulösen künstlich erhalten werden.

Nachm. 5 Uhr schloß sich unter Vorsitz von Direktor *Ackermann* eine Besprechung der Interessenten der Hilfsvereine für entlassene Geisteskranke an, an der 14 Vertreter aus verschiedenen Gebieten Deutschlands teilnahmen. Man kam grundsätzlich dahin überein, die Hilfsvereine zum regelmäßigen Austausch ihrer Erfahrungen zusammenzuschließen und in einer geeigneten Fachzeitschrift periodisch über ihre Tätigkeit zu berichten. Die planmäßige Wiederaufnahme der durch den Krieg unterbrochenen Fürsorgearbeit wurde allgemein als unentbehrlich bezeichnet und auf Grund günstiger Erfolge auch die erneute Werbung für Beiträge und Zuwendungen empfohlen. Die neuerdings erfolgte Gründung von Fürsorgestellen für Geisteskranke und ihre Beziehungen zu den Hilfsvereinen wurden eingehend erörtert und deren Anschluß an die Wohlfahrtsämter ins Auge gefaßt. Die Aussprache über diese heute besonders wichtigen Fragen soll bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie künftig regelmäßig stattfinden.

Dritte Sitzung am 26. April, vorm. 9 Uhr.

2. Bericht: Die Spirochäten im Zentralnervensystem bei progressiver Paralyse und multipler Sklerose.

I. Bei progressiver Paralyse. 1. Bericht von *Jahnel*-Frankfurt a. M.: Die Entdeckung *Noguchis* brachte einen großen Fortschritt in der Erkenntnis der Paralyse und gab in Deutschland, nachdem durch den Vortr. eine elektive Methode der Spirochätenfärbung für das Zentralnervensystem gefunden worden war, Veranlassung zu eingehenden Untersuchungen über die Spirochäten der Paralyse. Unabhängig davon hat ein Portugiese namens *Valente* das gleiche Gebiet bearbeitet und ist zu Ergebnissen gelangt, welche mit den unsrigen im wesentlichen übereinstimmen. — Die bisherigen Erfahrungen sprechen nicht zugunsten einer Lues nervosa. *Levaditi* und *Marie* hatten durch Überimpfung von Paralytikerblut auf Kaninchen einen Spirochätenstamm erhalten, der gegenüber einem anderen Syphilis-Laboratoriumstamme biologische Unterschiede



zeigte (oberflächliche Lage der Geschwüre, Fehlen der Pathogenität für Affe und Mensch und Fehlen einer gekreuzten Immunität). Es ist wahrscheinlich, daß es sich nicht um einen echten Paralysestamm handelt, sondern um eine wiederholt beschriebene, spontan bei Kaninchen vorkommende Krankheit. Nach *Pfeiffer* (Washington) gehören die Paralyse-Spirochäten nicht einem bestimmten der drei von *Noguchi* aufgestellten Typen des Syphiliserregers an. Vortr. bespricht das Vorkommen von Spirochäten bei Paralytikern außerhalb des Zentralnervensystems (Aorta), gibt einen Überblick über die Verteilung der Parasiten im Gehirn, erwähnt ihr Vorkommen in den Zentralganglien, der Brücke und der Gegend der Augenmuskelkerne. Vortr. berichtet ferner über das Vorkommen von Spirochäten in der Pia des Kleinhirns, der Brücke, in den Wandungen der Arteria basilaris und von Kleinhirnvenen. Im Kleinhirn findet sich diese Meningealspirochätose, wie Vortr. diese Erscheinung bei der Paralyse vorläufig bezeichnet, gleichzeitig mit einer Spirochätenaussaat in der Kleinhirnrinde. Bei der Tabes fand *Noguchi* Spirochäten in den Hintersträngen des Rückenmarkes, *Richter* im Granulationsgewebe des Nervus radicularis, Vortr. in der Arachnoidea des Rückenmarkes, besonders zahlreich bei einem Falle von Prof. *Sänger* (Hamburg). Vortr. schildert die Haupttypen der Spirochätenverteilung im Zentralnervensystem, die am häufigsten vorkommende disseminierte oder diffuse Verteilung, ferner den Typus der herdförmigen und vaskulären Spirochätenverteilung. Das Vorkommen von Spirochäten im Innern von Blutgefäßen ist als postmortale Erscheinung zu deuten. Über die Fortbewegung der Spirochäten im Gehirn wissen wir noch gar nichts. In der Hirnrinde kommen die Spirochäten in allen Schichten vor, zuweilen umlagern sie die Ganglienzellen. Was die Frage einer intrazellulären Lagerung der Parasiten anbetrifft, so gehen die Ansichten der Autoren über diesen Punkt auseinander, wohl deshalb, weil die Kriterien der intrazellulären Lagerung recht subjektiver Natur sind. Vortr. erhofft von weiteren Spirochätenforschungen noch manche Aufklärung über die Pathogenese der Paralyse.

2. Bericht von *Hauptmann*-Freiburg i. B. Ref. behandelt das Thema vom Standpunkte der Konsequenzen der Spirochätenbefunde für die Pathogenese der Metalues. Er stellt die biologischen Vorgänge in den Vordergrund. Die Spirochäten allein genügen nicht zur Erklärung. Die bisherigen Tierexperimente entscheiden keineswegs, daß die Eigenartigkeit des metaluischen Prozesses auf der Wirksamkeit besonderer Spirochätenarten beruht. Das wäre erst bewiesen, wenn Impfungen aus dem Primäraffekt des späteren Metaluikers das Vorhandensein einer besonderen, unbedingt zur Metalues des Versuchstieres führenden Spirochätenart ergeben hätten. Eine Revision der in der Literatur niedergelegten Fälle konjugaler Metalues unter Berücksichtigung vieler Fehlerquellen ergab nur in 16 % konjugale Metalues (*Scharnke* fand jüngst sogar nur 8 %). Da auch *Aebly* sogar unter Zugrundelegung des Materials von *Mattauschek* und *Pilcz* nur auf 10 bis 13 % kam, kann von der Seite der konjugalen Metalues her (einem ihrer Hauptstützpunkte) die Lues-nervosa-Theorie nicht mehr aufrechterhalten werden.

Bei Betrachtung der Immunvorgänge im metaluischen Organismus geht Ref. von zwei Tatsachen aus: den fehlenden oder schwa-



chen Sekundärerscheinungen der Metaluiker und der erstaunlichen Reaktionslosigkeit des Gehirngewebes den Spirochäten gegenüber. Ob diese Reaktionschwäche des Organismus auf einem mangelnden Reiz besonderer Spirochätenarten beruht, oder ob der Organismus primär immunschwach ist, kann für die jetzige Fragestellung außer acht gelassen werden. Im Kern berührt sich die Theorie des Ref. mit der Anschauung *Kraepelins* von der „Umstimmung" des Volkskörpers infolge der jahrhundertelangen Durchseuchung mit Syphilis.

Unter normalen Verhältnissen reagiert der Organismus auf das Eindringen der Spirochäten am Primäraffekt (zu einer Zeit, wo Immunvorgänge noch eine unwesentliche Rolle spielen) schon mit phagozytären Zellen. Im II-Stadium treten die Abwehrmechanismen des Körpers durch Tätigkeit des spezifischen Abwehrorgans (*Hoffmann*, *Bloch*), der Haut, in Erscheinung; man hat die Spirochäten innerhalb epitheloider Zellen, Makrophagen, polynukleärer Leukozyten gefunden. Die weitere Unschädlichmachung der Spirochäten geschieht innerhalb dieser Zellen.

Der metaluische Körper setzt diese Abwehrmechanismen nicht in Gang. Die Folge wäre eine schrankenlose Vermehrung der Spirochäten. Hiergegen wehrt sich der Organismus. Die Spirochäten stellen durch ihre Leibessubstanzen für ihn artfremdes Eiweiß dar. Dieses parenteral beigebrachte Eiweiß verdaut er, u. z. nicht intrazellulär, wodurch es zu einer Vergiftung mit den bekannten schwer toxisch wirkenden Eiweiß-Abbauprodukten kommt.

Das Vorhandensein eines solchen proteolytischen Prozesses wird bewiesen durch den Nachweis proteolytischer Fermente im Blute von Paralytikern, ferner eines Komplementmangels (*Kafka*, *Popoff* u. a.) und einer Vermehrung der eosinophilen Zellen, Befunde, die bisher nur schwer erklärt werden konnten, weil sie schon sehr früh bei Paralyse auftreten, weil das Gehirneiweiß, dessen Abbau man heranzog, doch kein artfremdes Eiweiß ist, und weil man bei anderen destruktiven Gehirnprozessen durchaus nicht immer den gleichen Erscheinungen begegnete. Dann aber hat man bei paralytischen Anfällen, die man ja schon häufig als anaphylaktische Erscheinungen aufgefaßt hat, einen ausgesprochenen Absturz bis zum völligen Schwund der eosinophilen Zellen beobachtet.

Die Eiweiß-Toxine haben nun eine spezifisch gegen das ZNS. gerichtete Wirkung, was man bisher aus klinischen Erscheinungen und Tierversuchen erschlossen hat, was jetzt aber auch von *Rachmanow* durch pathologisch-anatomische Untersuchungen nachgewiesen ist. Wichtig ist auch, daß das Eiweißgift eine spezifische Wirkung auf die Endothelien der Blutgefäße hat.

Wir haben also hier einen von der Existenz der Spirochäten abhängigen, aber doch im eigentlich bakteriologischen Sinne unspezifischen toxischen Prozeß vor uns. Dies ist vielleicht geeignet, die Schwierigkeiten fortzuräumen, die bisher der Hypothese einer immer wieder geforderten toxischen Komponente in der Pathogenese der Paralyse entgegenstanden; denn man könnte nicht erklären, weshalb nicht auch sonst bei Vorhandensein großer Spirochätenmengen, wie etwa im II. Stadium der Lues, solche toxischen Erscheinungen auftreten sollten. Für das Prinzipielle des Vorganges ist der Sitz der Spirochäten gleichgültig; sie brauchen



nicht gerade im ZNS. zu sitzen, da die proteolytische Fähigkeit des Körpers an keine bestimmte Stelle gebunden ist.

Die Pathogenese der Metalues ist aber hierdurch nicht ausgefüllt: es kommt noch ein zweiter lokaler Spirochäten-Prozeß innerhalb des ZNS. hinzu, bei welchem die Spirochäten nicht als Eiweißsubstanz, sondern durch ihre spezifischen Stoffwechselprodukte wirken.

Also zwei zwar zusammenhängende, aber doch im Wesen und der Lokalisation weitgehend voneinander unabhängige Prozesse, ein eiweiß-toxischer und ein lokaler Spirochäten-Prozeß, die an dem einen Ende in der Gemeinsamkeit der Spirochäten, an dem anderen durch den Angriffspunkt der Schädigungen am Nervensystem zusammenhängen, im übrigen aber durchaus getrennt verlaufen.

An der Hand eingehender Untersuchungen des Liquor im II. Stadium der Lues kommt Ref. dann zu folgenden Ergebnissen:

1. Es gibt keine Lues nervosa im früheren Sinne. Die Spirochäten werden vielmehr im II. Stadium wie in den übrigen Körper so auch in das Nervensystem transportiert.

2. Durch einen Mangel an Reaktionserscheinungen seitens der Haut werden Immunverhältnisse geschaffen, welche eine häufigere Erkrankung des Nervensystems hervorrufen, die z. T. auf lokaler Anwesenheit der Spirochäten beruht, z. T. toxisch bedingt sein könnte.

3. Der Beginn der Metalues muß in das II. Stadium verlegt werden.

Ref. sucht dann zu zeigen, wie viele Erscheinungen aus der Pathologie und Klinik der Metalues viel leichter durch einen toxischen als durch einen lokalen Spirochäten-Prozeß zu erklären seien: die reflektorische Pupillenstarre, der isolierte Ausfall der reflexübertragenden Fasern im Rückenmark zwischen hinterer Wurzel und Vorderhorn, das Zugrundegehen der endogenen Faserbündel (*Schultze*sches Komma, ventrales Hinterstrangfeld), die Kombination von Hinterstrangerscheinungen und reflektorischer Pupillenstarre, die Kuppelung von Hinterstrangerscheinungen und Optikusatrophie bei Paralyse, die Beobachtung, daß man noch nie (bis auf einen *Nonne*schen Fall) primäre Optikusatrophie bei nicht-tabischen Luikern festgestellt hat.

Die parasyphilitische Epilepsie (*Fournier*), toxisch-dynamische Epilepsie (*Binswanger*), postsyphilitische Epilepsie (*Nonne*), bei der sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch echt syphilitische Veränderungen seitens des ZNS. fehlten, eine spezifische Therapie auch versagte, scheint Ref. der Ausdruck eines eiweiß-toxischen Prozesses zu sein. In die gleiche Kategorie gehören auch Fälle, bei welchen sich zu solchen Anfällen auch noch tabische Erscheinungen gesellt haben (*Vogt*, *Redlich*, *Hauptmann* u. a.).

Entsprechend dem Hinzutreten eines tabischen Prozesses gibt es auch Fälle, wo zu einem anfänglich reinen eiweiß-toxischen sich später ein paralytischer gesellt (*Binswanger*, *Thomsen*, *Junius* und *Arndt*, *Jakob*, *Gruhle* und *Ranke*, *Alzheimer*, *Vogt*, *Havet*). Das klinisch-psychische Bild solcher Fälle, solange nur Erscheinungen des eiweiß-toxischen Prozesses vorhanden waren, war charakterisiert durch ängstliche Erregungs- und Verwirrtheitszustände, durch Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, während Euphorie und Größenideen fehlten.



Ein gleiches mehr den exogenen Schädigungstypen ähnelndes psychisches Bild bieten auch die Tabes-Psychosen, die auch gerade wieder eine euphorische Stimmungslage und Größenideen vermissen lassen. Das akute Kommen und Gehen der Erscheinungen läßt sich schwer mit einem lokalen Spirochäten-Prozeß in Einklang bringen, und die pathologisch-anatomischen Untersuchungen (fehlende oder äußerst geringe infiltrative Erscheinungen, keine Spirochäten) sprechen gleichfalls gegen einen solchen. Beachtenswert ist auch, daß man bei den Fällen von Tabes mit Psychose in 57 % Optikusatrophie (die Ref. auch mit dem eiweiß-toxischen Prozeß in Beziehung bringt) gefunden hat, während sie bei psychosefreier Tabes nur in 8 % vorhanden war.

Fälle eigenartiger Lues cerebro-spinalis, die *Schröder* beschreibt, charakterisiert durch auffallend geringe histologische syphilitische Veränderungen im Gehirn, geringe somatische zerebrale Symptome, aber schwere psychische Veränderungen, die unter Erscheinungen einer Stoffwechselstörung ähnlich wie bei Paralyse rapid zum Tode führten, und dann die *Plaut*schen Halluzinosen finden durch die Anschauungen des Ref. vielleicht eine Erklärung. Bei den akuten Formen der Halluzinosen finden sich wieder ängstliche Erregungszustände mit Verfolgungsideen, seltener depressiven Wahnideen; im Vordergrunde standen Sinnestäuschungen. Körperliche Störungen seitens des Nervensystems fehlten entweder oder waren sehr geringgradig und flüchtig. In der Geringgradigkeit des zerebralen Spirochäten-Prozesses allein kann nicht die Ursache dieser Psychosen gesehen werden, da die Zahl der von *Plaut* beschriebenen Fälle viel zu klein ist, auch *Walter* aus der Leipziger Klinik nur ganz wenige Fälle nennt und Ref. trotz des großen Syphilitiker-Materials während des Krieges keinem derartigen Kranken begegnet ist. Das Krankheitsbild erklärt sich dadurch, daß hier zu einem geringgradig ausgebildeten echt-syphilitischen Prozeß auch noch ein eiweiß-toxischer hinzugetreten ist. Die Geringgradigkeit des echt-syphilitischen Prozesses ist ja gerade ein Zeichen der mangelhaften Abwehrfähigkeit des Körpers. Das gleiche gilt für die chronisch verlaufenden Fälle der *Plaut*schen Halluzinosen, die in dem bisweilen ganz plötzlichen Einsetzen der Erscheinungen und den starken Schwankungen im Verlauf sowie in der Art des Zustandsbildes unverkennbare Beziehungen zu den bisher geschilderten psychischen Störungen boten. Auch hier imponiert die Seltenheit der Fälle, und das Fehlen syphilitischer Hirnveränderungen in einem von *Spielmeyer* untersuchten Falle stützt die Annahme des Ref. und läßt auch *Plaut* an das Zustandekommen der psychischen Störungen durch „luische Substanzen toxischer Art“ denken.

Ref. sieht eine Stütze für seine Anschauungen darin, daß *Kraepelin*, obgleich von ganz anderer Seite kommend, bei der Abtrennung seiner paranoiden Form der Hirnlues (die wohl im wesentlichen mit den *Plaut*schen Halluzinosen identisch ist) die gleichen Gesichtspunkte namhaft macht. Wichtig scheint ihm, daß *Kraepelin* das anatomische Substrat dieser paranoiden Zustandsbilder und der Fälle, die mit ausgeprägten Anfällen einhergehen, in der Endarteriitis syphilitica sieht. Denn es wurde oben schon darauf hingewiesen, daß das Eiweiß-Toxin gerade eine spezifisch gegen die Endothelien gerichtete Wirksamkeit hat. Der



endarteriitische Prozeß ist ja nicht spezifisch syphilitisch, man hat ihn bei Tuberkulose und vor allem auch bei schweren Vergiftungszuständen des Nervensystems (Blei, Salvarsan) beobachtet. Will man die Endarteriitis auf einen lokalen Spirochäten-Prozeß zurückführen, so müßte man doch erst erklären können, weshalb die Spirochäten im einen Falle die übliche Gefäßlues und im anderen diese Veränderung verursachen. In Fällen reiner Endarteriitis war auch die W. R. im Liquor negativ, und es fanden sich im Gehirn auch keine Spirochäten. Das klinische Bild solcher Fälle (*Alzheimer*, *Nißl*, *Wilmanns* und *Ranke*, *Plaut*, *Sagel*, *Ilberg*) entsprach dem bei Tabespsychosen und Halluzinosen gefundenen: kurzdauernde Verwirrtheitszustände, Dämmerzustände mit ängstlicher Färbung, delirante Erregungszustände, katatonoide Zeichen; Halluzinationen und gewisse Beeinträchtigungsideen; wieder fehlten Euphorie und Größenideen. Auch somatisch war eine Übereinstimmung vorhanden, insofern sich Anfälle fanden und die zerebralen Symptome stark zurücktraten, bisweilen sogar nur vorübergehend vorhanden waren. Das gleiche Bild zeigen fünf von *Jakob* publizierte Fälle reiner Endarteriitis, und es ist bemerkenswert, daß in sechs Fällen, wo neben der Endarteriitis vorhandene infiltrative und echt syphilitische Veränderungen die lokale Spirochäten-Anwesenheit zeigten, das psychische Bild sich auch änderte: Erregungs- und Verwirrtheitszustände sowie Sinnestäuschungen spielten eine viel geringere Rolle; statt dessen traten viel früher Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit und fehlende Krankheitseinsicht zutage. Und bis auf einen Fall beherrschten Euphorie und Größenideen die Szene.

Auch *Kraepelin* sieht bei der differentialdiagnostischen Trennung von Lues cerebri und Arteriosklerose gerade in der Euphorie und den Größenideen das für die syphilitische Erkrankung Ausschlaggebende.

Geht man mit diesen Erfahrungen ausgerüstet nun an die Paralyse selbst, so kennt man Fälle welche die Geringgradigkeit des zerebralen Spirochäten-Prozesses durch die negative oder negativ werdende W. R. im Liquor und den histologischen bzw. negativen Spirochäten-Befund zeigen. Derartige Fälle (*Jakob* und *Kafka*, *Schröder*, *Forster*) zeigten klinisch katatonoide Züge, Beeinträchtigungsideen und Sinnestäuschungen, während wiederum Euphorie und Größenideen fehlten. Geht man von Paralysen aus, die durch Sinnestäuschungen ausgezeichnet sind (Untersuchungen von *Banse* und *Roderburg*), so findet man sie bei Erregungszuständen mit getrübtem Bewußtsein, wobei ausdrücklich die Seltenheit der gehobenen Stimmungslage betont wird, und dann in längerer Dauer bei nicht benommenen und erregten Paralytikern, wobei besonders die Affektlosigkeit, mit der die Kranken ihren Sinnestäuschungen gegenüberstanden, hervorgehoben wird. Ähnliches fand *Plaut*. Also wieder Fehlen von Euphorie und Größenideen und Kombination der Sinnestäuschungen mit den psychischen Äußerungen, die Ref. auch bisher bei Prävalenz des eiweiß-toxischen Prozesses fand. Dabei ist zu beachten, daß das Syndrom Sinnestäuschungen, Euphorie, Größenideen durchaus möglich ist, die Trennung der beiden Symptomreihen also nicht etwa durch die Organisation unserer Psyche von vornherein festgelegt wäre.

Auch die Betrachtung der Hauptverlaufsformen der Paralyse



bringt weitere Bestätigung der Anschauungen des Ref. Stellt man der expansiven Form die einfach demente und depressive gegenüber, so sieht man bei den beiden letzten Typen wieder ein plötzliches Kommen und Gehen von Angst- und deliranten Erregungszuständen, Verfolgungsideen, Sinnestäuschungen und katatonoide Symptome. Es bedeutet nur eine Bestätigung für das stärkere Hervortreten des eiweiß-toxischen Prozesses bei diesen Fällen, wenn man Verfolgungsideen hauptsächlich dort auftreten sieht, wo eine Tabes vorausgegangen ist, und wenn traumhafte Dämmerzustände sich vorzugsweise bei Kranken mit Optikusatrophie finden. Eine weitere Stütze ist, daß (nach *Kraepelin*) Anfälle gegenüber der expansiven Form relativ häufig und Remissionen selten seien, während Sinnestäuschungen gerade bei der expansiven Form selten vorkommen. Häufigkeit der Anfälle heißt ja dasselbe wie Prävalenz des eiweiß-toxischen Prozesses, und Remissionen werden dort am leichtesten auftreten, wo der reaktionsschwache Körper durch den Reiz einer größeren Spirochäten-Menge doch noch zum Aufbringen gewisser zellulärer Abwehrmechanismen veranlaßt wird.

Eine letzte Illustration der Anschauungen des Ref. geben schließlich periodische Formen von Paralyse, wie sie *Schröder* beschrieben hat. Nimmt man vorweg, daß sich hier nicht etwa die prämorbide Persönlichkeit äußert, so fällt auf, daß es sich hierbei immer um das wechselweise Auftreten manischer Zustände auf der einen Seite und auf der anderen Seite von Zuständen depressiver oder katatoner Art oder akuter Verwirrtheit handelt, also von Zuständen, die bisher als Ausdruck des eiweiß-toxischen Prozesses angesehen wurden. Ref. sieht die Erklärung für dieses wechselweise Auftreten des lokalen Spirochäten- und des eiweiß-toxischen Prozesses in der Wirkung der sog. Anti-Anaphylaxie, insofern nach Erreichung des Höhepunktes der proteolytischen Fähigkeit der Körper eine Zeitlang kein Eiweiß mehr abbauen kann, die Spirochäten in diesem Stadium sich also ungehemmt vermehren können.

Die therapeutischen Bemühungen der letzten Zeit ergeben sich eigentlich als logische Konsequenz der Anschauungen des Ref. Durch die Rekurrens- und Malaria-Einimpfungen regen wir den Körper zur Bildung phagozytärer Elemente an, welche auch die Syphilis-Spirochäte in sich aufnehmen und auf diese Weise die Vergiftung des Organismus mit den Eiweiß-Toxinen verhindern. Eine Heilung der Metalues haben wir bis jetzt deshalb nicht herbeiführen können, weil wir ohne die Unterstützung des Körpers (durch Schaffung von Immunstoffen) mit Salvarsan allein nicht alle Spirochäten vernichten können. Es ergibt sich also als etzte Forderung die Verabreichung eines spezifischen Immunserums. Hierzu genügt nicht die Einspritzung von Serum eines Syphilitikers aus dem II. Stadium mit lebhaften Hauterscheinungen, was Ref. mehrfach versucht hat; denn dieses Serum enthält nur Kampfstoffe gegen die Spirochäten im Körper des betreffenden Sekundärsyphilitischen, nicht gegen die im Körper des Paralytikers befindlichen Spirochäten. Man müßte so vorgehen, daß man mit dem Spirochätenstamm des zu behandelnden Metaluikers ein Tier infizierte und das dann gewonnene Immunserum dem Metaluiker einspritzte. Geht man gegen die Spirochäten auf diesen drei Wegen vor, so hat man erst begründete Aussicht, den Meta-



luiker zu heilen. (Das Referat erscheint ausführlich in der Z. f. d. g. N. u. Ps.)

Den Berichten werden die Vorträge von *Weygandt* und *Kirschbaum*, *Jakob* und *Maaß* angeschlossen.

Weygandt-Hamburg: Mitteilungen über Paralyse-Behandlung.

Unsere 1920 mitgeteilten Versuche wurden fortgesetzt durch Impfung von Paralytikern mit Malaria tertiana, tropica, quartana, Rekurrens- sowie durch Kombination der Impfkur mit endolumbaler Salvarsanbehandlung vorher oder nachher. Am besten bewährte sich tertiana, allenfalls quartana. Auch andere spirillogene Erkrankungsfälle wurden mit Malaria behandelt. Zweifellos ist nicht die Temperatursteigerung als solche das wirksame Agens, sondern anscheinend eine bei der Erzeugung von Malaria-Immunkörpern mitbewirkte Aktivierung von Schutzstoffen gegen das luische Virus. Von den behandelten Patienten starb, außer den 4 voriges Jahr mitgeteilten Fällen, nur einer noch in sehr guter Remission an einem interkurrenten Erysipel. Parasitologisch interessant war mehrfache Verzögerung der Inkubationszeit bis zu 9½ Wochen. Manchmal hatte erst die zweite oder dritte Impfung Erfolg. — Zwischen psychischer, neurologischer und serologischer Besserung fand sich kein Parallelismus. Unter Remission wird eine klinisch-praktische Besserung verstanden, eine Annäherung an die Berufsfähigkeit. Als Gruppe 1 sind die Fälle mit wiedererlangter Berufsfähigkeit zu betrachten; so verdient einer als kaufmännischer Reisender über 30 000 M., ein anderer ist im Zolldienst tätig usw. 1,5 sind die ziemlich Berufsfähigen, so ein Mann, der seine Autodroschke besorgt, zum gewöhnlichen Fahren aber einen Chauffeur hält; auch ein Arzt gehört hierher. 2 sind die Beschäftigungsfähigen. 2,5 die, welche sich noch unter Aufsicht nützlich machen können. 3 sind die für häusliche Pflege Geeigneten; 4 die unveränderten Fälle, 5 die sich unaufhaltsam verschlechternden. Von 50 mindestens 4, teilweise 22 Monate behandelten Fällen gehören in Gruppe 1 = 12, Gruppe 1,5 = 12, Gruppe 2 = 10, Gruppe 2,5 = 5, Gruppe 3 = 5, Gruppe 4 = 5, Gruppe 5 = 1. Demnach wären bei 68 % gute Remissionen, bei 20 % geringe Remission erzielt, während bei 12 % keine deutliche Wirkung zu sehen war. Selbstverständlich sind die vorgeschrittenen Fälle nicht oder nur ausnahmsweise in Behandlung genommen worden. Aber wenn man auch diese und die spontanen Remissionen berücksichtigt, so übersteigen doch die 68 % weitaus die Erfolge mit irgendeiner anderen Methode, wie Tuberkulinkur, endolumbaler oder endokarotidaler Salvarsanisation. Über Fehlrechnungen durch Spontanremission usw. stellte Dr. *Kirschbaum* vorsichtige Untersuchungen an unter Vergleich der seit 1920 behandelten Fälle mit unserem gesamten Paralysematerial seit 1910. Die Remissionen zeigen auch größere Dauer als die gewöhnlichen Spontanremissionen, einige schon 1¾ Jahr. Man wird nicht optimistisch von Heilung sprechen, aber die Ergebnisse sind derart, daß man bei jedem Falle von Paralyse prüfen muß, ob nicht eine Impfbehandlung mit Malaria angebracht ist.

Kirschbaum-Hamburg: Mitteilungen über Paralysebehandlung.

Die unter der Infektionsbehandlung mit Malaria- und Rekurrens-



fieber erzielten Remissionen habe ich mit den Spontanremissionen der früheren Jahre des Friedrichsberger Paralysematerials in Vergleich gesetzt, um an möglichst exakt gewonnenem Vergleichmaterial den Wert der Behandlungsmethode festzustellen. Bei 875 in den Jahren 1910 bis 1918 aufgenommenen Paralytikern wurden in der Anstalt in 11,71 % Spontanremissionen beobachtet. Von unsern 51 1919 und 1920 mit Malaria oder Rekurrens behandelten Fällen bekamen 31, das sind über 60 %, eine gute Remission. In den gleichen Jahren sank aber wohl infolge Auslese beginnender und nicht allzu weit vorgeschrittener Paralysen für die Malariabehandlung die Durchschnittszahl der Spontanremissionen unbehandelter Paralysen (1919 und 1920) auf knapp unter 6 % — statt zu erwartender 11,71 %. Demzufolge sind unter den über 60 % bei der Infektionsbehandlung beobachteten Remissionen eine erhebliche Anzahl enthalten, die auch ohne Malaria- usw. Behandlung aufgetreten wären. Wenn wir die nach der Durchschnittsstatistik zu errechnenden Spontanremissionen von den ursprünglich über 60 % guten Remissionen abziehen, bleiben noch 30 bis 40 %, die höchstwahrscheinlich allein der Infektionsbehandung zu verdanken sind. — Bei einem Vergleich der Zeit, die vom Ausbruch der Paralyse bis zum Einsetzen der Remission bei 72 unbehandelten und 33 Malaria-(Rekurrens-)behandelten Anstaltsparalysen vergeht, ergibt sich, daß unter der Infektionsbehandlung die Remission in der Hauptzahl der Fälle um mehrere Monate früher erhalten wird als die Spontanremission. Daraus, daß es unter der Behandlung gelingt, in sehr zahlreichen Fällen Remissionen hervorzurufen, kann geschlossen werden, daß in vielen Paralysen eine Anlage zur Remission vorhanden ist, die bis zu einem gewissen Stadium durch unsere Behandlungsmethoden geweckt werden kann. Von Fall zu Fall läßt sich nicht vorher sagen, ob eine Remission infolge der Impfung eintreten wird oder nicht. Gelegentlich hat in relativ weit vorgeschrittenen Fällen das Einsetzen einer guten Remission überrascht und bei ziemlich frischen Paralytikern die Behandlung im Stich gelassen. — Nach Einsetzen der Remission ist die Frage der Nachbehandlung von Wichtigkeit, die außer endolumbaler Salvarsanbehandlung in unspezifischer Serumbehandlung und in Jodkalibehandlung bestand. Die Mehrzahl der Fälle hat bisher keine Nachbehandlung erfahren, ohne daß Rückfälle bei unsern längsten, über 20 Monate dauernden Remissionen aufgetreten sind. Fortgesetzte kritische Nachprüfung dürfte die wohl auf immunisatorischen Vorgängen beruhende Wirkungsweise der Infektionsbehandlung klären und die Behandlungsmethode vervollkommnen. (Ausführliche Mitteilung folgt.)

A. Jakob-Hamburg: **Über atypische Paralysen und paralyseähnliche Krankheitsbilder mit vergleichender Berücksichtigung des histologischen und parasitologischen Zustandsbildes.**

Ausgehend von der Tatsache, daß sich zahlreiche Paralysen histologisch durch besondere Eigentümlichkeiten (auffällige Steigerung der infiltrativen Vorgänge, enzephalitische Herdbildungen, miliare Gummen, stark betonte Parenchymdegenerationen bei Zurücktreten der infiltrativen Vorgänge und dgl.) auszeichnen, wurden vergleichende Spirochäten-



untersuchungen von im histologischen Bilde markanten Paralysen und besonders histologisch auffälligen Rindenstellen vorgenommen, um so ein gewisses Urteil zu erlangen über die Beziehungen des Spirochätenbildes zu dem histologischen Gewebsbilde. Die Spirochätenuntersuchungen wurden vornehmlich von Dr. *Hermel* in genauen Untersuchungen ausgeführt. (Siehe dessen Veröffentlichungen in der Z. f. d. g. N. u. Ps.) Besonders eingehend wurden diesbezüglich die atypischen Paralysen von ausgeprägter histologischer Eigenart untersucht. Vortr. demonstriert eine Reihe histologischer Diapositive unter besonderer Hervorhebung des jeweils positiven oder negativen Spirochätenbefundes. Auffallend häufig und zudem in großer Menge fanden sich Spirochäten in der Hirnrinde von Paralysen mit starker Betonung der infiltrativen Erscheinungen, mit enzephalitischen Herden und Gummenbildungen. Auch in einem klinisch als Paralyse diagnostizierten Falle, der histologisch durch starke Untermischung mit meningoenzephalitischen Vorgängen die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Lues cerebri erschwerte, fanden sich reichlich Spirochäten vornehmlich in den paralytisch veränderten Rindengebieten, so daß dieser Fall anatomisch wohl der Paralyse zuzurechnen ist. Bei einer anderen Beobachtung eines klinisch unklaren syphilitischen Krankheitsprozesses fand sich histologisch in der vorderen Gehirnhälfte der Gewebsvorgang einer Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße mit negativem Spirochätenbefund und in der hinteren Gehirnhälfte stark betonte infiltrative Erscheinungen mit positivem Parasitenbefund. In einem Falle kurzdauernder galoppierender Paralyse mit starken infiltrativen Erscheinungen war der Parasitenbefund positiv, in einem klinisch ähnlichen Falle mit weitaus im Vordergrunde stehenden Parenchymdegenerationen fanden sich keine Spirochäten. Alle bisher untersuchten Fälle von stationärer Paralyse zeigten negativen Parasitenbefund mit Ausnahme eines Falles, der nach 20jähriger Krankheitsdauer einen neuen paralytischen Schub aufwies und histologisch an einigen Rindenstellen stärkere frische infiltrative Erscheinungen bot. An solchen Rindenstellen fanden sich Spirochäten. Bei Paralysen, welche sich durch starkes Mitbefallensein einzelner Markpartien (zumeist infiltrativ-myelitische Vorgänge) auszeichnen, war der Spirochätenbefund wechselnd. Besonders eingehend wurden atypische Paralysen mit herdförmigen Rindenausfällen untersucht. In Fällen mit ausgedehnten Lymphozytenherden fanden sich in solchen Partien vereinzelte Spirochäten. Der Parasitenbefund war negativ bei Vorherrschen degenerativer Parenchymerkrankungen, die sich in inselförmigen Rindendegenerationen, in Ausfällen einzelner Rindenschichten und dgl. zeigten. Ein Fall wies bei starkem Zurücktreten infiltrativer Vorgänge eine lobäre Atrophie des Kleinhirns und des Temporalhirns ohne besondere Verwischung der Architektonik und ohne positiven Spirochätenbefund in diesen Gegenden auf. Im Gegensatz zu dem positiven Parasitenbefund bei der üblichen paralytischen Kleinhirnerkrankung fanden sich keine Spirochäten bei auffälligen zerebellaren Parenchymdegenerationen. Bei der Ausbildung eines Status spongiosus war nur ein Fall parasitologisch positiv (hier auch Spirochäten in den anderen Rindengegenden), während alle übrigen Fälle keine Spirochäten in so befallenen Rindengebieten aufwiesen. Als eine besondere Gruppe



werden die Tabesparalysen und die Psychosen bei Tabes besprochen. Die Tabes betont zweifellos schwere infiltrativ-meningeale Erscheinungen an den hinteren Wurzeln (*Nageotte*sche und *Redlich-Obersteiner*sche Stelle). Der Gehirnprozeß weicht häufig von dem typisch paralytischen Bilde ab durch herdförmige Prozesse, die offenbar auf Gefäßerkrankungen zurückzuführen sind. (Spirochätenbefund negativ.) Ein anderer Teil der Tabespsychosen weist in der Hirnrinde reine und schwere Parenchymdegeneration auf mit negativem Spirochätenbefund in ähnlicher Weise wie einige Idiotiefälle kongenitaler Syphilis. Ein dritter Teil der Tabespsychosen ist auf eine endarteriitische Syphilis der kleinen Hirnrindengefäße zurückzuführen, die in allen Fällen negativen Spirochätenbefund aufweist.

Bei aller Vorsicht, die die Beurteilung des parasitologischen und histologischen Zustandsbildes bezüglich der gegenseitigen Beziehungen fordert, weisen die Untersuchungen darauf hin, daß sich die lokale Einwirkung von Spirochäten vornehmlich in infiltrativen Gewebserscheinungen histologisch verrät, während die reinen Parenchymdegenerationen und die pathogenetisch recht kompliziert zu erklärenden herdförmigen Störungen zumeist mit negativem Spirochätenbefund einhergehen. Die Untersuchungen bestätigen die von *Nißl* und *Alzheimer* betonte Anschauung von dem Wesen des paralytischen Prozesses als eines unabhängigen Nebeneinandergehens von infiltrativen Vorgängen und reinen Parenchymdegenerationen. Bezüglich der pathogenetischen Erklärung der Entzündungserscheinungen mit ihrem unspezifischen Charakter bleibt der Vortr. bei seiner bereits früher dargelegten und begründeten Auffassung (Versagen der spezifischen Gewebsreaktion durch darniederliegende allgemeine Körperreaktion). Die reinen Parenchymdegenerationen sind offenbar toxischer Genese und pathogenetisch schwer eindeutig zu fassen. Die von *Hauptmann* vorgetragene, vornehmlich mit der Anaphylaxie arbeitende Theorie wird als zu wenig begründet abgelehnt.

S. Maaß-Dösen: Gesichtspunkte für die Lumbalpunktion in der Anstaltspraxis.

Besonders in der Anstaltspraxis wird die Lumbalpunktion noch nicht ihrer Bedeutung entsprechend angewendet. Als Hauptgrund hierfür wird die durch die Tatsachen nicht berechtigte Überschätzung ihrer Gefährlichkeit angesehen und auf die entsprechende Literatur verwiesen. Andererseits empfehlen die besonderen Verwaltungsverhältnisse der Anstalten die Befolgung bestimmter formaler und organisatorischer Maßnahmen, um sich vor, die Punktion unmöglich machenden, Vorschriften zu schützen, wie dies im Kriege bei den Militärbehörden vorkam. Unter Hinweis auf die Literatur wird hervorgehoben, daß die Blutuntersuchung allein niemals Klarheit über eine — zumal luische — Erkrankung des ZNS. geben und die Unterlassung der Punktion dementsprechend öfters als Kunstfehler aufgefaßt werden kann. Der größere Teil der Liquorreaktionen: Zellzählung, Gesamteiweiß- und Globulinbestimmung, Mastixreaktionen usw., können überall ohne besondere Einrichtungen ausgeführt werden. In gleichem Sinne ermöglichen einige andere Reaktionen (*Braun*-



Husler, frakt. Ammonsulfatsätt.) sogar in gewissen Grenzen eine spezifische Diagnose. Die wichtigsten Reaktionen (Wa.R, Flockungsmethoden, Goldsol-R., Hämolysin-R.) müssen naturgemäß in speziell eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden. Hierfür empfiehlt sich die Einsendung des Liquor an öffentliche Untersuchungsämter weniger wie die Schaffung von Zentrallaboratorien innerhalb des eigenen Verwaltungsbezirks (Staat, Provinz). Dies wird kurz begründet. Der Vorteil ist ein wirtschaftlicher, klinischer und wissenschaftlicher, weshalb dieser praktisch im Freistaat Sachsen erprobte Vorschlag warm empfohlen wird.

Aussprache. — *Wagner v. Jauregg*-Wien berichtet über die Fortsetzung seiner Versuche, Paralyse mit Impfmalaria zu behandeln. Er hat bisher ca. 180 Fälle behandelt, teils frische, teils ältere. Von diesen ist die Beobachtung bisher in 120 Fällen abgeschlossen. Von ihnen sind 39 volle Remissionen, die nicht nur berufsfähig, sondern auch berufstätig sind; 51 sind mehr oder weniger unvollständige Remissionen; der Rest blieb ungebessert. Bei den vollständigen Remissionen ist bisher kein Rückfall erfolgt; im Gegenteil haben sich 3 Fälle, die bei Abschluß der Beobachtung als unvollständige Remissionen aufgefaßt worden waren, nach Monaten als berufstätig herausgestellt. Der Malariastamm der neuen Versuche aus dem Jahre 1919 ist jetzt schon in der 28. Passage begriffen, scheint aber nun an Wirksamkeit einzubüßen, da die Temperatursteigerungen im Anfall in der letzten Zeit geringer geworden und die Anfälle nach einiger Zeit spontan weggeblieben sind. Ich habe daher die Versuche mit einem neuen Stamm fortgesetzt. Diese Impfmalaria ist eine verhältnismäßig gutartige Erkrankung, da nach den ersten Chinindosen sofort die Plasmodien aus dem Blute verschwanden und auch auf provozierende Mittel nicht mehr zum Vorschein kamen. Der Methode haftet der Mangel an, daß sie nur ausführbar ist, wo entweder ein sehr großes Paralytikermaterial vorliegt (Wien) oder häufig Gelegenheit ist, frische Fälle von Malaria zu sehen (Hamburg), weil sonst der Stamm erlischt. Meine bakteriologischen Mitarbeiter Prof. *Dörr* in Basel und Dr. *Kirchner* in Wien sind beschäftigt, die Plasmodien der Malaria außerhalb des Körpers in wenigstens für Tage haltbarer Form darzustellen, was im Falle der Notwendigkeit der Versendung von Wichtigkeit wäre.

Steiner-Heidelberg bringt die Meningealspirochätose *Jahnels* in Parallele zu Befunden, die er schon vor dem Kriege an syphilitischen Kaninchen erhoben hat. Auch hier erwiesen sich die meningealen Hüllen, besonders auch die subduralen und die bindegewebigen Umhüllungen der Spinalganglien stark entzündlich infiltriert. Zu dem Referat des Herrn *Hauptmann*, der den Abwehrprozeß gegen die Spirochäten in den Vordergrund gestellt hat, wird betont, daß wir über die biologischen Eigentümlichkeiten der Syphilis-Spirochäte noch außerordentlich wenig wissen. Ob eine eiweißtoxische Komponente bei der Erzeugung der Krankheitserscheinungen wirksam ist, steht noch dahin. Ebenso unklar ist, wie wir uns die Abwehr gegenüber der Spirochäte im Gehirn zu denken haben. Indikatoren für das Vorhandensein von Abwehrstoffen besitzen wir jedenfalls bis jetzt noch keine. Überimpfungsversuche von Produkten aus verschiedenen Stadien der Syphilis auf die Haut haben gelehrt, daß einerlei, welcher Art das syphilitische Ausgangsprodukt ist, im sekundären



und tertiären Stadium an der geimpften Stelle sekundäre oder tertiäre Krankheitserscheinungen sich ausbilden: bei der Paralyse zeigen sich nach eigenen Versuchen auch bei Überimpfung von früh-syphilitischen Krankheitsstoffen überhaupt keine Abwehrreaktionen in der Haut. Wir haben also eine Änderung der Abwehrreaktion in der Haut, je nach dem Stadium der Syphilis, vor uns. Ob aber hieraus eine Vermehrung oder eine Verminderung der Abwehrstoffe überhaupt geschlossen werden kann, ist zum mindesten noch fraglich. Bei der Paralyse könnte man sich ebenso gut auf den Boden stellen, daß hier überhaupt eine außerordentlich erhöhte und keine verminderte Bildung von Abwehrstoffen vorliegt. — Den Spirochäten kommt eine außerordentlich große Anpassungsfähigkeit an das Milieu, vor allem bei längerem Aufenthalt in diesem, zu. Es ist dies ein Faktor, der aus den verschiedensten Umständen geschlossen werden kann und bei allen theoretischen Überlegungen nicht außer acht gelassen werden darf. — Schließlich wird noch auf das eigentümliche Verhalten bei den Rekurrensimpfungen, die von *Plaut* und *Steiner* zum erstenmal bei Paralyse zu therapeutischen Zwecken angewandt worden sind, hingewiesen. Hier findet sich im Verlauf der Rekurrensimpfung eine starke Lymphozytose im Liquor und ein gesetzmäßiges Vorhandensein der Spirochäten im Liquor. Interessant ist, daß die Lymphozytose wieder abnimmt bei noch im Liquor vorhandenen Spirochäten, die bis ziemlich lange über die klinische Abheilung hinaus im Liquor nachgewiesen werden können. Auch Erscheinungen, die man als Neurorezidive bezeichnen muß, sind bei Rekurrens beobachtet worden.

Emanuel-Charlottenburg: Ich möchte eine therapeutische Anregung geben, die sich mir in einem Fall, den ich mit *A. Schlesinger* untersucht habe, und der in der Chirurg. Gesellschaft in Berlin vor einiger Zeit vorgestellt wurde, aufgedrängt hat. Ein Mann hatte durch eine Schußverletzung eine Meningocele spuria traumatica bekommen. In der Glutäalgegend war eine Flüssigkeitsansammlung, die, wie die genaue Druckmessung und Liquoruntersuchung ergab, dauernd in Zusammenhang mit dem Spinalkanal stand. Die Wirkung therapeutischer Mittel auf die Spirochäten im Zerebrospinalkanal scheitert ja an der fast unübersteigbaren Barrière der Rückenmarkshäute für die Behandlung von der Peripherie her; die endolumbale Therapie kann andrerseits wegen der Schädigungsgefahr nur mit relativ geringen Dosen vorgenommen werden. Bei dem obigen Fall ist nun traumatisch ein Fenster geschaffen, durch das eine intensivere periphere spirillozide Therapie einer zentralen Spirochätenerkrankung versucht werden konnte. Leider gab der Pat. sich zu Versuchen nicht her, und leider hatte er auch keine zentrale Lues. Ich beabsichtige therapeutische Versuche bei Paralyse, in denen die hier zufällig traumatisch geschaffenen Verhältnisse operativ nachgebildet werden sollen, und bei denen dann festgestellt werden soll, ob auf diese Weise oder etwa durch Anlegung therapeutischer Depots in der Gegend des Fensters oder durch andere Anordnungen eine wirksamere Bekämpfung der Spirochäten des Zentralnervensystems möglich ist als bisher.

Schmorl-Dresden fragt Herrn *Jahnel*, ob er die Plexus chorioidei bei Paralytikern auf Spirochäten untersucht hat. Er wird zu dieser Frage durch die von ihm zuerst festgestellte Tatsache veranlaßt, daß bei Paralyse



die Ventrikelflüssigkeit, die ein Sekret der Plexus darstellt, gegenüber dem Liquor cerebrospinalis eine Sonderstellung insofern einnimmt, als sie bei Paralyse gewöhnlich keine positive Wassermannsche Reaktion gibt. Es wäre denkbar, daß bei positivem Spirochätenbefund in den Plexus auch die Wa.-R. in der Ventrikelflüssigkeit positiv ausfiele.

Forster-Berlin weist darauf hin, daß er die schon 1913 bekanntgegebenen Tierversuche, Überimpfung von durch Hirnpunktion gewonnenem spirochätenhaltigem Hirnmaterial von Paralytikern auf Kaninchen und Affen, nach 5jähriger Unterbrechung durch den Krieg jetzt fortgesetzt hat. Auch bei den neuen Versuchen ist eine Infektion bisher nie erfolgt.

Hauptmann (Schlußwort): Zu den Ausführungen *Jahnels* über den fehlenden Nachweis von Spirochäten im Liquor von Paralytikern kann ich über eine Beobachtung berichten: ein Kaninchen wurde durch Hodenimpfung mit Paralytikerliquor infiziert. Erscheinungen am Hoden traten nicht auf oder waren so gering, daß sie der Beobachtung entgingen. Nach drei Jahren entwickelte sich eine Hemiparese und Ataxie, die wieder zurückgingen. Die Sektion des Tieres nach einem weiteren halben Jahr ergab an histopathologischen Veränderungen im Gehirn Infiltrationen der Häute, der Gefäße, Degenerationen der Ganglienzellen und eine gummöse Neubildung. An einer Stelle fanden sich auch sichere Spirochäten. Es müssen also im Liquor dieses Paralytikers Spirochäten vorhanden gewesen sein. — Zu den Ausführungen von Herrn *Forster* ist zu bemerken, daß man die Eigenschaften von Spirochäten, die aus dem paralytischen Körper stammen, nicht als ursprüngliche Eigenschaften dieser Spirochäten ansprechen darf, weil sich sehr wahrscheinlich die biologischen Fähigkeiten der Spirochäten erst im Kampf mit dem Körper verändern. — Herrn *Steiner* gegenüber weist *H.* darauf hin, daß die veränderten Reaktionsbedingungen des Organismus sich schon im II. Stadium und nicht erst beim voll entwickelten Paralytiker zeigen.

Jahnel (Schlußwort): In den Plexus choroid. habe ich bei mehrfachen, allerdings nicht systematischen Untersuchungen bisher keine Spirochäten gefunden.

Die Frage einer Virulenzabschwächung der Paralysespirochäten ist technisch außerordentlich schwierig zu lösen. Bei der wechselnden Syphilisempfänglichkeit der Kaninchen müssen zu jedem Versuche mehrere Tiere verwendet werden. Während die durch Hirnpunktion vom lebenden Paralytiker gewonnene Hirnmasse zu diesem Zwecke zu gering ist, sind die Spirochäten in Leichenmaterial hingegen meist in ihrer Vitalität geschädigt.

Zu dem *Hauptmann*schen Experimente bemerke ich, daß sich vorläufig die echten Syphilisspirochäten von der spontanen Kaninchenkrankheit nur durch immunisatorische Prüfungen mit Sicherheit abgrenzen lassen.

2. Bericht von *Hauptmann* über die Spirochäten im ZNS. bei multipler Sklerose.

Es sind drei Fragen zu beantworten: 1. Gibt das Krankheitsbild der multiplen Sklerose uns Anlaß, die Wirksamkeit eines lebenden Erregers zu postulieren? 2. Welches sind die bisherigen diesbezüglichen



Befunde? 3. Sind diese Befunde geeignet, die multiple Sklerose als eine Infektionskrankheit ansehen zu lassen?

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen der letzten Zeit (*Wohlwill*, *Siemerling*, *Raecke*) haben die Unhaltbarkeit der gliogenen Theorie (*Strümpell-Müller*) immer deutlicher erwiesen. Die entzündlichen Erscheinungen und die Beziehungen der sklerotischen Herde zu Gefäßen legen eine infektiöse Genese recht nahe. Die unregelmäßige Verteilung der Herde, die von *Spielmeyer* beschriebenen Ähnlichkeiten der sklerotichen Herde mit paralytischen Veränderungen, die *Westphal*schen Stäbchenzellenbefunde und vielfache Berührungen des pathologisch-anatomischen Bildes der multiplen Sklerose mit dem der exogenen Myelitis weisen nach der gleichen Richtung. Das isolierte Befallensein des ZNS. bei der multiplen Sklerose hat sein Analogon in der Poliomyelitis. — Das klinische Bild mit seinen Schüben und Remissionen, das gleichzeitige Auftreten verschiedener Symptome, die nicht auf e i n e n Herd zu beziehen sind, Schüttelfrost und epileptiforme Zuckungen lassen in erster Linie an die Aussaat eines Erregers denken. Das Fehlen eines epidemischen, endemischen, familiären Auftretens spricht nicht gegen die infektiöse Theorie, da die Erreger ja nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragen werden müssen. Hinweis auf die Annahme *Steiners*, wonach Zecken als Überträger eine Rolle spielen.

Bei Beantwortung der zweiten Frage werden ältere Untersuchungen von *Ceni* und *Besta*, sowie *Jürgens* als nichts beweisend nur erwähnt. Näher wird auf die Untersuchungen von *Bullock* und *Simons* eingegangen, die zwar keine Erreger züchten konnten, aber doch wenigstens durch Verimpfung von Liquor auf Tiere Lähmungserscheinungen zustande brachten. Das gleiche gelang *Siemerling* schon 1914. Dann werden die Versuche von *Steiner* und *Kuhn* eingehend geschildert und die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gehirn eines Affen beschrieben, der nach Liquorimpfung Lähmungserscheinungen bot; der Befund zeigte weitgehende Übereinstimmung mit dem histopathologischen Bilde der menschlichen multiplen Sklerose. Es wird hervorgehoben, daß das Ausgangsmaterial bei den Versuchen von *Steiner* und *Kuhn* aus ausgesprochenen Frühfällen und akuten Verlaufsformen bestand; ein Fall wich von dem üblichen Bilde der multiplen Sklerose etwas ab und könnte bei sehr kritischer Einstellung eher als Encephalomyelitis disseminata bezeichnet werden. — In Schnitten menschlicher multipler Sklerose konnten weder *Siemerling* noch *Jahnel* noch *Hauptmann* Spirochäten nachweisen. *Siemerling* gelang es aber, im Dunkelfeld im Gehirnbrei eines Kranken lebende Spirochäten zu sehen, und auch *Büscher* und *Speer* berichten über gleiche Erfolge. Im Schnittpräparat und im Ausstrich wurden keine Spirochäten gefunden. *Marinesco* sah sie aber im Ventrikel-Liquor von Meerschweinchen, die nach intrazerebraler Impfung mit Liquor eines Kranken Lähmungserscheinungen geboten hatten. Und *Kalberlah* fand sie im Blutausstrich eines geimpften Kaninchens, das Lähmungserscheinungen zeigte, und im Lebersaftausstrich und im Silberbilde von Leberschnitten eines gestorbenen Tieres. (Eine Arbeit von *Schuster* und eine von *Rothfeld*, *Freund* und *Hornowski* sind einstweilen für unsere Frage nicht verwendbar.) Nachfragen des Ref. an verschiedenen Stellen ergaben, daß noch an sechs



Kliniken Untersuchungen angestellt worden sind, die 4mal ein negatives, 2mal ein fragliches Resultat lieferten.

Negative Resultate besagen nichts, weil wir über die Empfänglichkeit der Versuchstiere noch zu wenig unterrichtet sind, und weil es ganz auf den Zeitpunkt der Blut- und Liquor-Entnahme sowie auf die Wahl der Fälle ankommen wird. Die Erreger sind voraussichtlich nur sehr kurze Zeit im Blut, und wohl nur akute und rasch progrediente Fälle bieten günstige Aussichten. Hierdurch ist allerdings die Gefahr einer Verwechselung mit einer Encephalomyelitis disseminata unter dem Bilde einer multiplen Sklerose gegeben. Aber selbst wenn die von *Steiner* und *Kuhn* gefundenen Spirochäten zu dieser Erkrankung gehörten und nicht zur multiplen Sklerose im eigentlichen Sinne, wäre ihr Verdienst nicht geringer, weil sie uns dann in die Lage versetzt hätten, diese beiden Krankheiten auseinanderzuhalten. — Sind die Spirochäten etwa ein unspezifischer Nebenbefund? Eine Seuche ist auszuschließen. Eine idiopathische Erkrankung der Tiere ist schon deshalb unwahrscheinlich, weil immer nur die geimpften erkrankten. An eine Verwechselung mit den von *Arzt* und *Kerl* bei Kaninchen gefundenen Spirochäten ist nicht zu denken, weil die Spirochäten auch bei Meerschweinchen nachgewiesen wurden, und vor allem, weil sie doch auch im menschlichen Gehirn gesehen wurden. Ihr Nachweis im Dunkelfeld beweist auch, daß es sich in den Blutausstrichen und den Silberpräparaten nicht um Kunstprodukte gehandelt hat. Das Vorkommen von Spirochäten in der Leber der geimpften Tiere beweist nichts gegen die Spezifität, da die Erkrankung bei Tieren anders als beim Menschen verlaufen kann. Wenn sie auch bisher im ZNS. der Tiere noch nicht nachgewiesen worden sind, so zeigen doch die Krankheitserscheinungen der Tiere, daß eine gegen das Nervensystem gerichtete Noxe vorhanden ist, und der anatomische Befund bei dem einen Affen bestätigt dies nur. Das Intervall zwischen Impfung und Auftreten der klinischen Erscheinungen spricht gegen ein nicht lebendes Agens, ein Toxin, wie es *Rothfeld*, *Freund* und *Hornowski* annehmen.

Es spricht also sehr vieles dafür, daß die von *Steiner* und *Kuhn* gefundenen Spirochäten mit der Ätiologie der multiplen Sklerose etwas zu tun haben. Zu einem vollgültigen Beweise fehlt noch manches: der einwandfreie Nachweis der Erreger im histologischen Präparat beim Menschen, besonders innerhalb der Herde, der Nachweis im Nervensystem der Versuchstiere und die Ausbildung herdförmiger Veränderungen in diesem, wobei allerdings zu berücksichtigen wäre, daß die Verhältnisse hier nicht die gleichen wie beim Menschen zu sein brauchen. Auch der Übertragungsmodus muß noch erforscht werden, denn die Zecken-Hypothese *Steiners* scheint Ref. noch nicht genügend gestützt. Nach allem erscheint es aussichtsvoll, in der eingeschlagenen Richtung forschend fortzufahren. (Das Referat erscheint ausführlich in der Z. f. d. g. N. u. Ps.)

4. Sitzung 2 Uhr nachmittags.

Aussprache über den Bericht von *Hauptmann*. — *Steiner*-Heidelberg: Der Spirochätencharakter der von *Kuhn* und mir bei Überimpfungen aufs Tier gefundenen Gebilde ist nicht nur nach eigenem, sonderm nach

dem Urteil der verschiedensten Spirochätenkenner einwandfrei bewiesen. Negativ verlaufende Tierimpfungen haben keinerlei Beweiskraft. Aber auch bei positiven Tierimpfungen ist selbstverständlich äußerste Vorsicht bezüglich der Annahme der Erregernatur der gefundenen Spirochäte am Platze. Die verschiedenen Möglichkeiten werden erörtert. Der Nachweis direkt am Menschen im Gehirn ist bisher nur mit der Dunkelfeldmethode geglückt. Warum die Dauerdarstellung bisher in solchen Fällen versagt hat, ist noch durchaus unklar. Hinweis auf eine Eigentümlichkeit der familiären Fälle, insofern hier meistens Geschwister nicht im selben Lebensalter, sondern um dieselbe Zeit erkranken. Auch scheint eine gewisse Häufung der Erkrankungen in Holzbearbeitungsberufen, im Vergleich mit anderen Berufen, vorzukommen.

Kuhn-Dresden bespricht die klinischen Erscheinungen der mit Blut oder Liquor erfolgreich geimpften Tiere, die ihre Freßlust unvermindert behalten, aber abmagern.

Hauptmann (Schlußwort): Die Aussprache hat weder Beweise für noch gegen die Gültigkeit meiner Ausführungen gebracht. Die Frage scheint mir noch nicht spruchreif. Es bedarf weiterer Forschungen.

Holzer-Suttrop: Über eine neue Gliafärbung.

Die Schnitte kommen in eine Lösung, die zur Hälfte aus 1prozentiger wäßriger Phosphormolybdänlösung, zur Hälfte aus 96prozentigem Alkohol besteht; zu etwa 20 ccm der Mischung kommen 2 Tropfen konzentrierte Essigsäure. In dieser Lösung bleiben die Schnitte 1 bis 2 Minuten, werden dann auf dem Objektträger aufgefangen und abgetupft mit Löschpapier, das getränkt ist mit absolutem Alkohol 2 + Chloroform 8. Zu vermeiden ist, daß die Präparate eintrocknen. In noch feuchtem Zustande werden sie beschickt mit der Farblösung: absoluter Alkohol 2, Chloroform 8, Kristallviolett 0,5. Das mit der Farblösung noch bedeckte Präparat wird abgegossen mit einer 10prozentigen Bromkaliumlösung. Zu etwa 30 ccm der Bromkaliumlösung werden 5 Tropfen einer 1promilligen Natronlaugenlösung zugesetzt. Ein auftretender grünlicher Schleier muß völlig zum Schwinden gebracht werden. Das Präparat wird nunmehr mit Löschpapier getrocknet und es folgt die Differenzierung mit Anilin 4, Chloroform 6, hierzu 4 Tropfen einer 5prozentigen Natronlaugenlösung; die Mischung wird tüchtig umgeschüttelt und filtriert. Nach dem Differenzieren Abspülen mit Xylol, Einbetten in Xylolkanadabalsam. — Die Methode gelingt am leichtesten an Formolmaterial. Indessen gibt auch Formolalkohol-, uneingebettetes Alkohol-, dann Alkoholzelloidin- und Kupfermaterial gute Resultate. Vortr. zeigt die Brauchbarkeit der Methode an einer Reihe von Bildern.

J. H. Schultz-Weißer Hirsch: Gesundheitsschädigungen nach Hypnose.

Vortr. berichtet über die Ergebnisse einer Sammelrundfrage. Unter den verwertbaren Angaben stehen 81 Fehlanzeigen 50 Berichte positiven Inhalts gegenüber, die über 100 zum Teil schwere Schädigungen nach Hypnose, besonders Laienschauhypnose, ergaben. Die Fehlanzeigen verteilen sich auf: Universitätskliniken 11, Provinzialanstalten 46, Nerven-



ärzte 8, Privatanstalten 9. städtische Anstalten 5, Erziehungsheim und Medizinischer Verein je 1. Von den positiven Mitteilungen stammen aus psychiatrischen Kliniken 14; medizinische Kliniken 2, Provinzialanstalten 4, Nervenärzte 18, Gerichtsärzte 4, Privatanstalten 3. Fast alle Schädigungen fallen in die letzten 3 Jahre, obwohl Bericht über die letzten 10 Jahre erbeten war. Die Folgen werden gruppiert nach: allgemeine Folgen, Folgen technischer Fehler, auffällige Einzelsymptome, Psychosen, Kriminelles. Nach dem Material erscheint es fraglich, ob die hypnotische Umschaltung, namentlich wenn sie brüsk und nachher mit schweren Affektstößen verläuft, für Personen mit Disposition zu Dementia praecox gleichgültig ist. Die prompte Reaktion psychogener Zustände nach Hypnose auf erneute sachgemäße Hypnotherapie läßt es öfter als vielfach üblich angezeigt erscheinen, bei ätiologisch unklaren „hysterischen Dämmerzuständen" hypnotherapeutisch zu arbeiten. An jeder Anstalt muß ein psycho-therapeutisch durchgebildeter Kollege vorhanden sein, da, wie auch *Schultze*-Göttingen annimmt, posthypnotische Dämmerzustände nicht selten sind, aber leicht der Diagnose und spezifischen Therapie entgehen können. Stärkere Berücksichtigung der Psychotherapie in der medizinischen Ausbildung, Aufklärung des Publikums und der praktischen Ärzte sind wesentlich. Vortr. empfiehlt den Versuch, ein reichsgesetzliches Laienverbot herbeizuführen. (Ausführliche Mitteilung anderen Ortes.)

Aussprache. — *Bonhöffer* erinnert daran, daß *Wagner v. Jauregg* 1919, die wissenschaftliche Deputation in Berlin 1920 ein einschlägiges Gutachten abgegeben habe. In Preußen seien derartige Vorführungen durch Min.-Erlaß verboten.

Ganser-Dresden: In Sachsen und Preußen besteht seit vielen Jahren ein behördliches Verbot öffentlicher Schaustellung von hypnotischen und ähnlichen Einwirkungen, in Sachsen auch neuerdings ein Verbot der Ankündigung von dergleichen Unternehmungen. Die Gefahr der Laienhypnose hat neuerdings eine andre und bedenklichere Form angenommen, nämlich des Unterrichts in Hypnose in privaten kleineren oder größeren Kreisen. Es ist bis jetzt fraglich, ob eine gesetzliche Grundlage für ein Verbot derartiger Unterrichtserteilung besteht. Ein Antrag auf Abwehr der Gefahren aus Laienhypnose müßte sich auch gegen diese Form ihrer Verbreitung richten.

Seige-Liebenstein weist darauf hin, daß viel mehr als in öffentlichen Schaustellungen in Privatkreisen hypnotisiert wird, und zwar in allen Bevölkerungsschichten. Mehrfach konnte beobachtet werden, daß Kriegsneurotiker hypnotisieren, die früher in Lazaretten durch Hypnose geheilt worden waren. Ein gesetzliches Vorgehen gegen dieses private Hypnotisieren dürfte zwar seine Schwierigkeiten haben, ist aber erforderlich.

Schultz (Schlußwort) betont, daß s. E. trotz aller Schwierigkeiten der Versuch reichsgesetzlichen Verbotes angestrebt werden müsse.

Klieneberger-Königsberg: Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheiten.

Es gibt drei Arten, wie man geistige Störungen vortäuschen kann. Einmal, indem man die geistige Störung nicht einfach vortäuscht, sondern tatsächlich bewußt und auf künstlichem Wege erzeugt (z. B. durch



Einnehmen von Medikamenten, wie Veronal). Das ist keine Simulation im eigentlichen Sinne, sondern kommt eher der Selbstverstümmelung nahe. Dann, indem man eine gefälschte Anamnese gibt. Endlich, indem man den zu simulierenden Tatbestand bewußt realisiert. Hier sind zwei wesensverschiedene Gruppen auseinanderzuhalten. Erstens die Gruppe der Abnormen: Psychopathen, Hysteriker, Geisteskranke; zweitens die eigentlichen „gesunden" Simulanten. Für alle Arten der Simulation wurden Beispiele gebracht, die Konsequenzen (z. B. willkürlicher Urinabgang und Zungenbiß im hysterischen Anfall, Erregungszustände u. a.) dargetan und die Psychologie der Simulanten erörtert.

Aussprache. — *Mercklin*-Treptow: Die Frage der Simulation von Kriegsgefangenen zum Zwecke der Befreiung dürfte die Bearbeitung in einer Sammelforschung verdienen. In 2 Fällen, die *M.* aus der Treptower Garnison kennenlernte, wurde versucht, durch Einübung und nachheriges Sprechen sinnloser Sätze bei jeder Sprechgelegenheit und durch plötzliche gewalttätige Handlungen Katatonie zu simulieren. Der eine Leutnant hat angegeben, daß bei dem englischen Arzt wohl sicher auch Mitleid mitspielte, als er den Fall zum Austausch eingab. Bei dem zweiten Fall bestand noch längere Zeit nach der Heimkehr der Zwang, die sinnlosen Worte zu sprechen. *M.* würde es interessieren, ob noch von anderen Herren schädliche Nachwirkungen bei solchen Simulationsversuchen beobachtet worden sind.

Göring-Gießen berichtet von 2 Fällen von Simulation, die er in französischer Kriegsgefangenschaft kennengelernt hat, eine Depression und eine Dementia praecox; beide Simulanten wurden ausgetauscht.

Hübner-Bonn: Die echten Simulanten brauchen nach Aufgabe der Simulation noch einige Zeit, um sich die angenommenen Besonderheiten wieder abzugewöhnen. Die meisten klagen auch, daß das Simulieren sehr anstrenge. Es entwickeln sich neurasthenische Symptomenkomplexe, die rasch heilen.

Emanuel-Charlottenburg: Einigen Berliner Kollegen wird ein berufsmäßiger „Epileptiker" bekannt sein, der, wenn es ihm schlecht ging, auf der Straße typische „epileptische Anfälle" mit Zungenbiß, blutigem Schleim vor dem Munde, initialem Schrei usw. produzierte und wiederholt deswegen in Anstalten eingeliefert wurde. Die Anfälle, die er auf Wunsch jederzeit vorführt, waren auch von Sachverständigen von echten nicht zu unterscheiden. Er kam mit seinem Geheimnis heraus, wenn ihm, genügend restauriert, seine Entlassung wünschenswert erschien.

E. Meyer-Königsberg: Über Eifersuchtswahn, insbesondere seine Beziehung zum manisch-depressiven Irresein.

Der nicht alkoholische Eifersuchtswahn steht in vielfacher Richtung dem Querulantenwahn nahe. Ich erinnere daran, daß bei beiden ein umschriebener Vorstellungskomplex, dort die Idee der rechtlichen Benachteiligung, hier die der ehelichen Untreue den Stoff zum Wahnsystem abgibt. Wie dem geisteskranken Querulanten seine persönliche rechtliche Auffassung zu Recht und Gesetz wird, so gelten im Eifersuchtswahn vage und unzureichende Verdachtmomente als unumstößliche Beweise. Bei beiden finden wir als besonders kennzeichnend mit der Unbelehrbarkeit verbunden: Verallgemeinerung der Wahnideen, abnorme Affektbetonung und Reaktion, krankhaft gesteigertes Selbstgefühl.

Wie bei dem Querulantenwahn spielt bei dem Eifersuchtswahn als Krankheitsbild sui generis, soweit er nicht gelegentliche Wahnbildung bei Psychosen verschiedener Art darstellt, die Disposition eine große Rolle. So fanden sich unter meinen zum Teil schon früher veröffentlichten Fällen solche, bei denen in der Familie unglückliche Ehen, ein Hang zur Eifersucht nachweisbar waren und ebenso eifersüchtige Regungen bei den Patienten selbst schon von früher her, ohne daß sie mehr als gelegentlich sich geltend machten, bestanden. Bei vielen der Kranken war daneben oder auch ohne die spezielle Veranlagung zur Eifersucht auffallende Reizbarkeit und Erregbarkeit, mehrfach eine direkt querulatorische Ader, auffallendes Selbstgefühl und Neigung, sich zurückgesetzt zu fühlen, vorhanden. Erlebnisse, die den vermeintlichen rechtlichen Benachteiligungen als auslösendem Moment bei dem Querulantenwahn vergleichbar waren, waren in unseren Beobachtungen nicht sicher nachweisbar, wie das ja freilich bei dem Inhalt des in Rede stehenden Wahnes nicht wundernehmen kann. Dagegen spielten offenbar Lebensvorgänge, durch die die geschlechtlichen Beziehungen beeinflußt werden, eine nicht geringe Rolle für den Ausbruch des Eifersuchtswahns, so vor allem die Generationsphasen, insbesondere die Gravidität, das Klimakterium, das Senium. In ähnlicher Weise wirkten erzwungene Enthaltsamkeit vom Geschlechtsverkehr durch Krankheiten oder sonst bedingte häufige Abwesenheit eines Gatten, Abnahme der Potenz und dgl. mehr.

Drei Beobachtungen besonderer Art sollen zu alledem und zu weiteren Fragen Unterlagen geben.

1. Kaufmann C., 1862 geboren. Mit 22 Jahren Lues. Zeitweise stärkerer Potus, viel geraucht. Mit 21 Jahren (nach späterer Angabe des Kranken) erste Heirat, über die von anderer Seite nichts zu erfahren. Soll nach 6 jähriger Ehe, aus der zwei Kinder entsprossen seien, als schuldiger Teil geschieden sein. Eine nähere Angabe ist von ihm nicht zu erhalten. Erklärt bei der klinischen Beobachtung (1912), früher habe er nie an Untreue der ersten Frau gedacht, jetzt komme ihm manches verdächtig vor. 1903 (13 Jahre etwa nach der Scheidung — mit 41 Jahren) zweite Heirat. Schon im ersten Jahre der Ehe Eifersuchtsideen, 1905 Klage auf Ehescheidung wegen Untreue der Frau. 1907 ärztlich Eifersuchtswahn festgestellt: Verallgemeinerung der Eifersuchtsideen, Unbelehrbarkeit trotz völlig unzureichender Verdachtsmomente, abnorme Affekterregbarkeit und Reaktion (Beschuldigungen wegen Meineid, Gewalttätigkeiten usw.). Ideen, durch Hypnose und Chloroform betäubt zu sein. Ehescheidung wegen Geisteskrankheit des Patienten abgewiesen. — 1912 Beschwerden an die Polizei in Königsberg: Werde von der Frau, mit der er 5 Jahre zusammenlebe, durch Chloroform und Hypnose betäubt und dann betrogen. Die betreffende Frau gab an, er sei in den 5 Jahren des Zusammenlebens leicht aufgeregt gewesen, habe anfangs — ½ Jahr — viel getrunken, später nicht mehr. Eifersüchtig sei er leicht gewesen, aber nie auffallend. An den Eifersuchtsideen gegen die zweite Frau hielt er fest. Seit mehreren Jahren Schwäche der Beine. Immer geschäftlich tätig. Jetzt seit 3 Monaten Potenz abgenommen, seit derselben Zeit etwa Eifersuchtsideen sehr heftig, sprach von Chloroform und Hypnose. März 1912 Klinik Königsberg, Tabes. ½ Jahr später deutliche Paralyse.



Besonders bemerkenswert, daß hier der paranoische Eifersuchtswahn trotz Wiederzusammenlebens mit einer Frau völlig zurücktrat, wenn auch keine Krankheitseinsicht eintrat, und erst wieder auftrat, als die Potenz infolge Tabes oder besser Taboparalyse versagte, und zwar dann in photographischer Treue dem ersten Anfall gleich. Bei der ersten Auslösung spielte der Alkoholmißbrauch wohl eine gewisse Rolle, aber bei dem Zusammenleben mit einer anderen Frau kam es nicht zu eigentlicher Wahnbildung trotz erneuten Trinkens und bei dem Wiederhervortreten des Eifersuchtswahns trank der Kranke schon lange Zeit nicht mehr.

Die 2. Kranke erschlug mit 31 Jahren im Juli 1914 ihren Mann mit der Axt und verletzte ihr Kind und sich selbst durch Stiche. Von jeher leicht erregbar, äußerte sie schon wenige Monate nach der Heirat (1910) Eifersuchtsideen, die sich immer mehr steigerten und bald die offenbaren Kennzeichen des Wahnes annahmen. In letzter Zeit vor der Tat, die erfolgte, nachdem der Mann zum Vormund eines fremden unehelichen Kindes bestellt war, das die Frau ihm zuschrieb, immer erregter. Ausgesprochen hysterische Symptome vor wie nach der Tat. Ist seitdem in der Klinik. Dauernd leicht mißtrauisch, oft niedergedrückt, zu Beschwerden geneigt, verdächtigt andere. Neigung zu hypochondrischen Klagen; dann wieder putzt sie sich, denkt an Heiraten. Vortäuschung von Krankheitseinsicht für die Eifersuchtsideen.

Auch hier haben wir das Bild des paranoischen Eifersuchtswahnes vor uns. Die paranoische Veranlagung macht sich im späteren Verhalten immer wieder bemerkbar. Doch finden sich auch Anklänge an das manisch-depressive Irresein in der Neigung zu hypochondrischen Klagen, zu Depression, andererseits zu Putzsucht und zu Heiratsplänen. Vielleicht werden wir am besten von der paranoischen Form des Entartungsirreseins im Sinne *Schroeders* sprechen.

Der 3. Fall betraf einen 1878 geborenen Lehrer, der, stets leicht erregbar, zeitweise mehr getrunken hatte, 1904 verlobt, 2—3 Wochen später mit motorischer Unruhe, Tätigkeits- und Rededrang, Ideenflucht, sehr gesteigertem Selbstgefühl, religiösen Größenideen erkrankte. 4 Monate in einer Anstalt. 1 Jahr später wieder als Lehrer eingestellt. November 1907 mit der früheren Verlobten verheiratet. Anfangs während der Ehe mehr getrunken, später nur gelegentlich. 1913 einmal in der Trunkenheit Eifersucht geäußert, sonst nicht. Anfang 1920 Depression mit ausgesprochener Hemmung, März 1920 sehr lebhaft, viele Pläne. Ostern 1920 Grippe. In der Folgezeit mehr getrunken. Auftreten von Eifersucht, die unter Fortbestehen der Erregung mit Rededrang, Ideenflucht, Tätigkeitsdrang, sehr gesteigertem Selbstgefühl, zum Eifersuchtswahn sich auswuchs, auch starke querulatorische Neigungen. Juli bis September 1920 Klinik (Königsberg) im gleichen Zustand. Dann in einer Anstalt, von wo er äußerlich beruhigt unter Festhalten der Eifersuchtsideen entlassen wurde.

Diese Beobachtung spricht m. E. dagegen, daß etwa so enge Beziehungen zwischen dem Eifersuchtswahn und dem manisch-depressiven Irresein bestehen wie zwischen letzterem und dem Querulantenwahn. Es wäre schwer einzusehen, warum sonst der erste Anfall, gleich nach oder wohl schon während der Verlobung einsetzend, nicht diese Färbung angenommen hat. Freilich handelt es sich bei dem manisch-depressiven



Irresein in Form des Querulantenwahns in der Regel um manische Konstitution. Aber dieser Krankheitszustand enthält eben in sich eine dauernde Quelle zu Beschwerdesucht, während, wie es *Jaspers* ausdrückt, daraus Eifersuchtswahn weder rational noch einfühlbar zu verstehen wäre. Wie bei dem Eifersuchtswahn in der paranoischen Form und wohl ebenso bei dem Auftreten dieses Wahnkomplexes im Verlaufe anderer Krankheitsarten müssen besondere, zu Eifersuchtsideen veranlassende Momente hinzukommen, um dem manisch-depressiven Irresein eine solche Färbung zu geben, wobei eine Art paranoische Veranlagung gleichzeitig stets vorausgesetzt werden muß.

Kleinere Mitteilungen.

Psychologische Auffassungen. — In dem kleinen Aufsatz „Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Zugleich ein Beispiel, wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden" (diese Ztschr. Bd. 76) habe ich an einer Arbeit *Berze*s zu zeigen versucht, wie vorsichtig man in der psychologischen Polemik sein sollte, weil die verschiedenen Schulen einander nicht verstehen. Leider hat die Warnung den gegenteiligen Erfolg gehabt, indem *Berze* nun fast 100 Seiten, scheinbar gegen mich, schreibt (*Berze*, Schizophrenie u. psychologische Auffassungen, diese Ztschr. Bd. 77), während ich allerdings in der Arbeit, soweit psychologische Auffassungen und die persönlichen Bemerkungen in Betracht kommen, bei raschem Durchlesen keinen einzigen Angriff gefunden habe, der nicht auf Mißverständnis beruht. Um ja keinen Anlaß zu neuem Vorbeireden zu geben, konstatiere ich ohne weitere Beweisführung bloß diese Tatsache, und diejenigen, die sich für solche Dinge interessieren, möchte ich bitten, sich ja nicht bei *Berze* über meine Ansichten zu orientieren, da auch die wörtlich zitierten Sätze, die herausgegriffen und in andere Zusammenhänge gebracht sind, etwas anderes sagen als im ursprünglichen Zusammenhang. Daß der Polemik dieser Art nun mehr als genug sei, scheint mir noch aus einem andern Grunde zu betonen nötig: nach der Arbeit von *Berze* bekommt man den Eindruck, wie wenn es wichtig wäre, ob der A. oder der B. „recht habe". Letzteres interessiert aber weder mich noch die Leser einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Ich möchte nur das drucken lassen, von dem ich annehmen kann, daß es unsere Kenntnisse fördert oder Abwege und Zeitverluste verhindert. *E. Bleuler.*

An die deutsche Ärzteschaft. — Der Vertrag von Versailles und die Annahme des Londoner Ultimatums legt Deutschland ungeheure Lasten auf, die, wenn überhaupt, nur von einem körperlich und geistig gesunden, willenskräftigen und wirtschaftlich erstarkten Volke in langer harter Arbeit getragen werden können. Die Freiheit und das Leben unserer Kinder hängt davon ab, wann und wie wir diese riesenhafte Aufgabe in Angriff nehmen und wie wir sie bewältigen werden. An die deutschen Ärzte tritt die verantwortungsvolle Pflicht heran, ihrem Volke den Weg zur Stärkung seiner körperlichen und sittlichen Kräfte zu zeigen. Der deutsche Boden vermag das deutsche Volk noch nicht zu ernähren, sondern zwingt es, um hohen Preis im Ausland Brot, Fleisch und Fett



zu kaufen. Das Geld hiezu muß durch angestrengte und verlängerte Arbeit der deutschen Industrie gewonnen werden. Viele Milliarden gehen heute noch ins Ausland für den Ankauf von Genußmitteln, die ein falscher Glaube dem Volk als unentbehrlich erscheinen läßt, und auf die ein willensschwaches Geschlecht meint nicht verzichten zu können. Die deutschen Ärzte haben diesen falschen Glauben geduldet, ja nicht selten unterstützt. Das Märchen von der blutbildenden Kraft des französischen Rotweins und von der Heilkraft des Cognacs wird noch immer gerne geglaubt. Es ist an der Zeit, diese Irrlehre aus den Köpfen der Menschen zu vertreiben.

Etwa 15 Milliarden gibt Deutschland noch immer jährlich für geistige Getränke aus. Ein großer Teil des deutschen Getreides, der Kartoffeln und des Zuckers wird noch immer zur Herstellung geistiger Getränke verwandt; unsere Kinder und unsere Studenten werden von den Quäkern aus dem Lande unserer Gegner ernährt, und schon hören wir aus dem Munde dieser Quäker den Vorwurf, daß, während sie selbst aus reiner Nächstenliebe jede Entbehrung willig auf sich nehmen, um uns helfen zu können, wir Deutschen solche Unmassen von Alkohol und Tabak verbrauchen, daß mit dem zehnten Teile der Ausgaben für diesen Luxus das deutsche Kinderelend behoben werden könnte. Verträgt sich dieser Zustand mit der Würde Deutschlands und geht es an, daß die berufenen Sachverständigen in den Fragen der Ernährung unseres gequälten Volkes gleichgültig zusehen, wie dieses Volk in gedankenlosem Leichtsinn seine Zukunft zerstört und seine Würde preisgibt? Alkohol und Tabak sind entbehrlich, sie sind für sehr viele schädlich, sie belasten den Haushalt des Deutschen Reiches aufs schwerste, sie hindern den Aufstieg unserer Kinder und Enkel zur Freiheit, zur Erlösung vom Joch drückendster Knechtschaft. Was wir brauchen, ist stahlharter Wille, unermüdliche Arbeitskraft, nüchterner Sinn und bei sparsamem Haushalt gute kraftspendende Nahrung.

Wir wenden uns an alle Ärzte unseres deutschen Volkes mit der Bitte: kämpfet mit uns für die Erreichung dieses Zieles, tretet dem Irrtum von der kraftspendenden Bedeutung des Alkohols, der Unentbehrlichkeit des Tabaks sowie dem trägen und frivolen Leichtsinn der breiten Massen unseres Volkes entgegen, damit uns Ärzten dereinst der Vorwurf erspart bleibe, daß wir in den schwersten Jahren unseres Volkes unsere Pflicht gröblich verletzt haben!

R. Gaupp, Tübingen. *E. Kraepelin*, München. *Emil Abderhalden*, Halle a. S. *A. Strümpell*, Leipzig.

Die diesjährige Tagung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen findet am 23. Oktober in Dresden statt. Vortraganmeldungen an Geheimrat Dr. *Ganser*, Dresden A, Lüttichaustraße 25.

Der Verein norddeutscher Psychiater und Neurologen wird am 5. und 6. November in Bremen tagen. Vortraganmeldungen an die Direktion des St. Jürgen-Asyls, Ellen, Post Hemelingen.



Personalnachrichten.

Dr. *Konr. Alt*, Geh. Med.-R. u. Prof., Vorsitzender der Ärztekammer d Provinz Sachsen, hat die Leitung der Landesanstalt Uchtspri niedergelegt u. ist nach Magdeburg gezogen.

Dr. *Jos. Berze*, Priv.-Doz. u. Reg.-Rat, Dir. d. Landesanstalt am Stein in Wien, ist zum ao. Mitglied des Landessanitätsrates v Wien u. zum Fachreferenten für die geschlossene Irrenpflege e nannt worden u. hat den Titel e. ao. Univ.-Professors erhalte

Dr. *Ernst Sträußer*, ao. Prof. in Wien, ist zum Hofrat im österr. Volks gesundheitsamte,

Dr. *Hans Römer*, 2. Arzt d. Landesanstalt bei Konstanz, zum Ober medizinalrat (Med.-Ref.) im badischen Ministerium des Inner ernannt,

Dr. *Adolf Grooß* (früher Dir. in Rufach), 2. Arzt in Emmendingen, a die Landesanstalt bei Konstanz,

Dr. *Franz Weisenborn*, Anstaltsarzt in Pforzheim, nach Illenau,

Dr. *W. Heise*, Oberarzt, von Treuenbrietzen nach Teupitz,

Dr. *Fr. Hagemeister*, Oberarzt, von Neuruppin nach Treuenbrietzen

Dr. *Paetsch*, Oberarzt, von Teupitz nach Neuruppin,

Dr. *Giese* von Treuenbrietzen nach Landsberg a. W.,

Dr. *Dorner* von Straußberg nach Lübben versetzt,

Dr. *M. Maier*, Anstaltsarzt in Günzburg, zum Oberarzt in Irsee be fördert worden.

Dr. *Georg Stertz*, ao. Prof. in München, hat einen Ruf als ord. Prof nach Marburg erhalten u. angenommen.

Dr. *Fr. K. Walter*, Prof., in Rostock, ist zum ao. Prof. ernannt worden

Dr. *H. Bickel* hat sich in Halle habilitiert.

Dr. *Karl Edel*, San.-Rat, Begründer der Privatheilanstalt in Charlotten burg, ist daselbst, 84 J. alt,

Dr. *Reinhard Lydtin*, Anstaltsarzt in Illenau, ist am 8. Mai 1921 gestorben

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH · **BONHOEFFER** BERLIN · **FISCHER** WIESLOCH · **KLEIST** FRANKFURT A. M. · **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG · **STRANSKY** WIEN

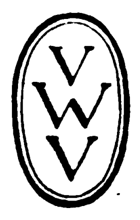
DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SIEBENUNDSIEBZIGSTER BAND
SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 20. JANUAR 1922



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1922



Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

6. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Schaffung eines neuen Irrengesetzes[1]).

Von

Ernst Schultze.

Vor Jahresfrist habe ich auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg über irrenrechtliche Fragen gesprochen, um das Interesse der Kollegen für ein schon wiederholt im Reichstag und Abgeordnetenhaus gefordertes Irrengesetz zu wecken, mit dessen Erlaß man schon damals nach verschiedenen Anzeichen rechnen konnte. Daß meine Annahme richtig war, geht deutlich daraus hervor, daß nach einer Mitteilung in der D. m. W. (1921, S. 220) in dem Reichsministerium des Innern an dem Entwurf eines Irrenfürsorgegesetzes gearbeitet wird, welcher Mitteilung bisher nicht widersprochen ist, sowie aus einer Antwort des Preußischen Wohlfahrtsministers auf einen Artikel des „Vorwärts" vom 13. II. 1921, nach der Preußen seine umfassenden Vorarbeiten für den Erlaß eines Gesetzes zur Regelung des Irrenwesens aus rechtlichen Erwägungen vorläufig zugunsten eines Vorgehens der Reichsregierung eingestellt hat.

Entsprechend meinem Vorschlage beschloß damals die Versammlung, die Schaffung eines Irrengesetzes zum Gegenstand eines Berichts für die diesjährige Tagung zu machen und neben einem Psychiater einen Juristen als Mitberichterstatter zu bestellen. Als solcher ist vom Vorstand Herr Geheimrat Professor Dr. *Kahl* gebeten worden. Über die getroffene und angenommene Wahl können wir uns um so mehr freuen, als wir in Herrn Geheimrat *Kahl* einen Juristen begrüßen dürfen, der schon von jeher ärztlichen Bestrebungen ein warmes Interesse und weitgehendes Verständnis entgegengebracht hat; ich weise nur darauf hin, daß er einer der Mitstreiter in unseren Bestrebungen ist, nach naturwissenschaftlichen Anschauungen das Verbrechertum zu bekämpfen, auch, soweit kranke Personen in Be-

[1]) 1. Bericht, erstattet auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (s. diesen Bd., S. 322).



tracht kommen, und ich glaube, in der Annahme nicht fehlzugehen, daß wir es vorzugsweise ihm zu verdanken haben, wenn in dem neuesten Entwurf eines Strafgesetzbuches ausdrücklich ärztliche Eingriffe berücksichtigt sind.

Schon an dieser Stelle darf ich hervorheben, daß wir beide in allen wesentlichen Punkten übereinstimmen. Mit ganz besonderer Freude begrüße ich es, daß mein verehrter Herr Korreferent unsere erste Besprechung mit der Erklärung eröffnete, er erachte es für seine vornehmste Pflicht, in erster Linie ärztlichen Gesichtspunkten Rechnung zu tragen. Anderseits habe ich es für meine Pflicht gehalten, rechtlichen Erwägungen größeren Raum zuzubilligen, als es sonst in medizinischen, auch in psychiatrischen Kreisen üblich ist, und zwar aus innerster Überzeugung, dann aber auch, wie ich offen zugebe, aus taktischen Erwägungen. Durch eine unter solchen Auspizien stehende gemeinsame Arbeit werden sich, wie ich hoffe, am ehesten die Schwierigkeiten überwinden lassen, die, wie *Lenzmann* in seiner Rede im Reichstage am 16. I. 1897 (Stenograph. Berichte 1895/97, Bd. VI, S. 4088) erklärte, darin liegen, daß für die Behandlung der Frage des Irrenrechts zwei Fakultäten, die medizinische und die juristische, in Konkurrenz treten.

Da sich meine Ansichten naturgemäß mit dem decken, was ich Ihnen abgekürzt vor Jahresfrist vortragen durfte, und was ausführlich inzwischen in der Allg. Z. f. Ps. (76, S. 679—744) veröffentlicht worden ist, kann ich mich verhältnismäßig kurz fassen, um nicht schon Gesagtes oder Gedrucktes wiederholen zu müssen. Den Hauptwert legen der Herr Korreferent und ich auf die Aussprache. Wir haben es, um eine solche von vornherein in bestimmte Bahnen zu lenken, mit dem Vorstand für ersprießlich gehalten, unter Verzicht auf die Vorlage des Entwurfs eines Irrengesetzes vielmehr Leitsätze, die übrigens von uns nicht als für eine Abstimmung bestimmt gedacht waren, aufzustellen. Nicht ohne Absicht haben wir einigen Leitsätzen eine Fassung gegeben, die Manchem vielleicht als zu unbestimmt erscheint.

Was versteht man unter einem Irrengesetz? Nicht eine Zusammenfassung aller Bestimmungen aus den verschiedensten Rechtsgebieten wie StGB., StPO., BGB., ZPO., Gew.O., um nur einige für den Irrenarzt wichtige Gesetze anzuführen, soweit diese Bestimmungen eine Beziehung zu den Geisteskranken haben.

Der einzige Vorteil, der für ein derartiges Vorgehen spräche, wäre vielleicht der, daß der Psychiater sich schnell über alle Rechts-

fragen unterrichten könnte. Aber dagegen spricht doch die Tatsache, daß so nichts Einheitliches geschaffen wird, daß vielmehr die verschiedenen Rechtssysteme durchbrochen werden. Ich berühre diese Möglichkeit dennoch, weil man hier und da erwogen hat, in ähnlicher Weise alle gesetzlichen Bestimmungen über Jugendliche zusammenzustellen, und ich darf auf *Thomsen* Bezug nehmen, der alle die Bestimmungen in einem großen Gesetz vereinigen wollte, die auf die Bekämpfung des Verbechens hinzielten. Vor allem erinnere ich in diesem Zusammenhang an *Medem*, Strafrechtler in Greifswald, der 1897 in seiner Arbeit den Entwurf eines derartigen, vermeintlich einheitlichen, tatsächlich aber doch bunten Irrengesetzes veröffentlicht hat.

Ein Irrengesetz soll nach unserer Ansicht nur die Bestimmungen enthalten, die die Fürsorge für Geisteskranke regeln, gleichgültig, ob sie in Anstalten untergebracht sind oder nicht. In erster Linie sind naturgemäß die Verhältnisse der Anstaltskranken zu berücksichtigen. Die bei weitem wichtigste Frage ist selbstverständlich die Festlegung der Voraussetzungen, unter denen ein Kranker in eine Anstalt gebracht, unter denen er in ihr zurückgehalten und unter denen er entlassen werden kann, darf oder muß.

Wenn der Vorstand dem Thema unseres Berichts die Fassung „Schaffung eines neuen Irrengesetzes“ gegeben hat, so muß hervorgehoben werden, daß in Deutschland bisher nur Sachsen-Weimar (29. V. 1847), Bremen (2. VIII. 1878), Baden (25. VI. 1910) und Sachsen (12. XI. 1912) ein Irrengesetz haben, daß in Bayern einige, auf die Irrenpflege bezügliche gesetzliche Vorschriften erlassen sind. In allen anderen Ländern sind die Beziehungen der Kranken zur Anstalt auf dem Wege von Verordnungen und Ministerialerlassen geregelt. So gut sie auch sein mögen, und so sehr sie sich auch bewährt haben, so entbehren sie, sofern man sich nicht damit begnügen wollte, den Rechtsgrund der Maßnahmen in einem Gewohnheitsrecht zu finden, streng juristisch insofern der rechtlichen Grundlage, als sie sich nicht auf ein Gesetz stützen, das ausdrücklich vorschreibt, daß und warum dem Kranken auch ohne Gerichtsbeschluß die Freiheit beschränkt oder entzogen werden darf. Denn auch nach Artikel 114 der Reichsverfassung vom 11. VIII. 1919 ist die Freiheit der Person unverletzlich; eine Beeinträchtigung oder Entziehung der persönlichen Freiheit durch die öffentliche Gewalt ist nur auf Grund von Gesetzen zulässig. Insofern verstoßen, so wird wenigstens von manchen Juristen behauptet, die Verordnun-



gen — vor allem, wenn es sich nicht um eine Anstaltsverwahrung aus polizeilichen Gründen handelt — gegen die Verfassung. Aber wer auch nicht diesen rein formal-rechtlichen Standpunkt teilt, wird dennoch mit uns der Ansicht sein, daß die persönliche Freiheit ein so hochstehendes Rechtsgut ist, daß die Forderung durchaus berechtigt erscheint, ihre Beeinträchtigung dürfe nur unter ganz bestimmten, nur gesetzlich festzulegenden Voraussetzungen erfolgen.

Gewiß können Verordnungen, die vielleicht auch bequemer zu handhaben sind, leichter erlassen, geändert und aufgehoben werden als Gesetze, die naturgemäß für einen längeren Zeitraum gelten. Ein Vorteil, der es eher ermöglicht, Fortschritten auf dem Gebiete der Irrenpflege, einem Wechsel der Anschauungen gerecht zu werden. Aber dieser Vorteil einer gewissen Biegsamkeit der Verordnungen birgt den Nachteil in sich, daß sie auch einmal ohne die nötige Vorarbeit, gar zu schnell, erlassen werden können. Anderseits darf gewiß nicht übersehen werden, daß die parlamentarische Durchberatung der Gesetze, die ihrem Erlaß vorauszugehen pflegt, auch in der heutigen Zeit, selbst wenn Sachverständige gehört werden und ernste Beachtung finden sollten, nicht immer eine sachgemäße Beurteilung des Stoffes sichert. Hier um so weniger, wo nicht nur persönliche Interessen und affektbetonte Vorurteile, sondern auch parteipolitische Gesichtspunkte, vielleicht auch kirchliche Anschauungen — von dem gerade in diesem Zusammenhange so oft erwähnten gesunden Menschenverstande abgesehen — ein entscheidendes Wort mitsprechen können.

Ich kann mich den Anschauungen *Lenzmanns* nicht anschließen, der am 16. Januar 1897 im Reichstage erklärte: Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß die Bestimmungen über die Behandlung der Irren in- und außerhalb der Anstalten viel durchdachter und besser sein werden, wenn sie unter Mitwirkung von Parlamenten zustandekommen, und wenn ihre Schöpfer nicht bloß aus einseitigen Bureaukraten und vielleicht noch einseitigeren Psychiatern bestehen, sondern die im Volke wirkende frische und vielseitige gesetzgeberische Kraft in der Form der parlamentarischen Behandlung zum Ausdruck kommt.

Trotz alledem sind wir der Ansicht, daß das Gesetz unbedingt den Vorzug vor der Verordnung, die sich jederzeit in materieller und formeller Hinsicht eine richterliche Nachprüfung gefallen lassen muß, verdient. Es handelt sich, wie nicht scharf genug hervorgehoben werden kann, um die Wahrung eines der höchsten Rechtsgüter, um den Schutz der persönlichen Freiheit.



Wie sich daraus ergibt, sind für die Befürwortung gesetzlicher Bestimmungen in erster Linie rechtliche Erwägungen maßgebend, nicht, wie wir ausdrücklich betonen, üble praktische Erfahrungen mit den Verordnungen. Wurde doch bei den Verhandlungen der Ersten Kammer der Ständeversammlung Badens ausdrücklich betont, eine entschieden ungerechtfertigte oder gar bewußt gesetzwidrige Festhaltung einer Person in einer Irrenanstalt sei seit Jahrzehnten nicht nachzuweisen gewesen; trotzdem wurde die Annahme eines Irrenfürsorgegesetzes befürwortet, das unbedenklich in einer Kodifikation des bestehenden Verordnungsrechts bestehen könnte. *Lewald* führte bei dieser Gelegenheit aus, aus einem hochentwickelten Bedürfnis juristischer Korrektheit sei dieser Gesetzentwurf geboren.

Wenn mit der Einführung eines Gesetzes eine Beruhigung des Publikums, auch eine Sicherung der Anstaltsärzte gegen unberechtigte Angriffe verbunden ist, so ist das ein Vorteil, den man gewiß freudig begrüßen wird, vor dessen Überschätzung ich aber doch dringend warne. Jeder, der die Geschichte der Irrenpflege kennt, weiß, daß Skandalprozesse mit den sattsam bekannten unerhörten Angriffen auf Irrenärzte und Irrenanstalten auch den Ländern nicht erspart sind, in denen Irrengesetze gelten.

Ich weiß sehr wohl, daß über die Frage, ob die Schaffung von Irrengesetzen wünschenswert oder gar notwendig ist, die Kollegen verschiedener Meinung sind. Während die einen glauben, daß sie durch ein Irrengesetz gegen Angriffe gefeit sind — daß das nicht der Fall ist, habe ich ja soeben betont —, fürchten die anderen von einer Gesetzgebung eine Einschränkung der freiheitlichen Entwicklung, die die Irrenpflege im Laufe der Jahre genommen hat. Wenn freilich ein Irrengesetz im wesentlichen von der Voraussetzung ausgeht, das Bestreben der Irrenärzte gehe dahin, auch Gesunde — natürlich möglichst viele und möglichst lange — hinter den Mauern der Irrenanstalten verschwinden zu lassen, so kann man diese Bedenken nur teilen. Ein Irrengesetz, das, wie früher einmal scherzweise gesagt wurde, zum Schutze gegen die gemeingefährlichen Irrenärzte erlassen wird, taugt in der Tat nichts. Vielmehr ist zu verlangen, daß ein Irrengesetz in erster Linie ärztlichen Gesichtspunkten gerecht wird. Der Geisteskranke ist und bleibt ein Kranker. Wenn auch seine Behandlung vor allem Maßnahmen erfordert, die eines rechtlichen Charakters nicht entbehren, so darf doch eine Gesetzgebung niemals übersehen, daß in erster Linie ärztliche Erwägungen für die Behandlung des Kranken maßgebend sein müssen. Es darf unter

keinen Umständen dazu kommen, daß unser Bestreben, die Kranken zu heilen oder zu bessern oder ihnen ihr Los, sofern sie unheilbar sind, möglichst zu erleichtern, unter einem Irrengesetz leidet, dessen Schaffung gar zu sehr von der Furcht vor unberechtigter Einsperrung vermeintlich geisteskranker Personen beeinflußt ist. Wir geben daher dem Ausdruck Irrenfürsorgegesetz oder besser noch Fürsorgegesetz für Geisteskranke, um den unschönen Ausdruck irre zu vermeiden, den Vorzug.

Es handelt sich um Interessen ärztlicher und rechtlicher Natur. Interessen, die einander so widersprechen, daß ihre Vereinigung manchem unmöglich erscheint. Daß diese Besorgnis aber nicht berechtigt ist, lehrt ein Blick auf manche schon bestehende Irrengesetze und vor allem auf das Badische Irrenfürsorgegesetz vom 25. Juni 1910, das, wie ich schon mehrfach hervorheben konnte, in vieler Beziehung uns als ein vorbildliches Muster dienen kann.

Für welchen Geltungsbereich soll ein Irrengesetz geschaffen werden?

Ein Teil der Länder war früher durchaus gegen die Schaffung eines Reichsgesetzes. Vor allem hatte sich Preußen wiederholt auf das Bestimmteste dagegen ausgesprochen und konnte sich bei dieser seiner Stellungnahme darauf berufen, daß alle Oberpräsidenten und alle Provinzialverwaltungen das Bedürfnis eines Reichsgesetzes bestritten. Diesen Widerstand hat Preußen fallen lassen. Die Schaffung eines Fürsorgegesetzes für das Deutsche Reich, für die der frühere Art. 4, Z. 15, jetzt Art. 7, Z. 8 der Reichsverfasssung (das Reich hat die Gesetzgebung .... über das Gesundheitswesen) eine Handhabe bietet, scheint mir in der Tat durchaus vor der Schaffung von Gesetzen für die einzelnen Länder den Vorzug zu verdienen. Nur durch ein Reichsgesetz kann gegenüber der Buntscheckigkeit des jetzt herrschenden Rechtszustandes eine einheitliche Festlegung der Voraussetzungen für die Unterbringung, Zurückhaltung und Entlassung von Anstaltskranken herbeigeführt werden. Und das ist doppelt wichtig, sobald es sich um gesellschaftsfeindliche kranke Personen handelt. Nicht so selten ist es doch vorgekommen, daß in einem Lande der pathologische Gesellschaftsfeind für unbedingt anstaltspflegebedürftig angesehen wurde, der in dem dicht daneben gelegenen Lande sich voller Freiheit erfreuen durfte, ein Zustand. der nicht nur in strafrechtlicher, sondern vor allem auch in irrenrechtlicher Beziehung ein Gefühl der Rechtsunsicherheit nur zu leicht aufkommen ließ. Der Erlaß eines Reichsgesetzes könnte auch die



Überführung eines Geisteskranken in die Anstalt eines anderen Landes wesentlich erleichtern.

Aber auch aus formalen Gründen bitten wir Sie, für ein Reichsirrengesetz einzutreten, da wir Ihnen für die Tätigkeit einer Sicherungsbehörde Vorschläge machen, die eine einheitliche Regelung für das ganze Deutsche Reich zur Voraussetzung haben. Wird doch von zuständiger Seite (*Vierhaus*) bezweifelt, ob die Landesgesetzgebung entgegen den Bestimmungen des Gerichtsverfassungsgesetzes Verwaltungsgeschäfte den ordentlichen Gerichten übertragen darf (vgl. S. 384).

Der Haupteinwand, der gegen ein Reichsgesetz erhoben wird, ist der, daß in den einzelnen Ländern so große örtliche Verschiedenheiten bestehen, daß sie durch ein einheitliches Gesetz nicht überbrückt werden können, daß vielmehr eher erhebliche Benachteiligungen zu erwarten sind. So sehr eine Rücksichtnahme auf langjährige Befugnisse und Gepflogenheiten geboten ist, die Berechtigung des Festhaltens an Altgewohntem auch angebracht sein mag, so muß dieser Gesichtspunkt hinter der großen Aufgabe, die ein Reichsgesetz zu erfüllen hat, zurücktreten. Jenen Bedenken wird Rechnung getragen, sofern das Reichsgesetz sich im wesentlichen auf die normative Regelung der Grundlagen des Irrenrechts beschränkt, wie es auch das Badische und das Sächsische Irrengesetz tut. Das Reichsgesetz, das somit kurz sein kann, aber möglichst eindeutig sein muß, darf nur in großen Zügen die Grundsätze wiedergeben, durch welche die Verhältnisse der Kranken zu den Anstalten geregelt werden. Die Einzelgestaltung und die Ausführung der Vorschriften muß unbedingt den einzelnen Ländern überlassen bleiben oder den Provinzen, auch wenn es nicht zur Annahme des Gesetzes über die Erweiterung der Selbständigkeitsrechte der Provinzen kommt. Denn darauf, ob in den Ländern oder Provinzen Ausführungsbestimmungen in der Form von Gesetzen oder Verordnungen erlassen werden, ist dann kein entscheidender Wert zu legen, wenn nur in einem Reichsgesetz das, was rechtens ist, in großen Zügen festgelegt ist. Da wir, wie noch unlängst Reichsminister Koch gelegentlich der Beratung über den Etat des Reichsgesundheitsamtes betonte, kein Einheits-, sondern ein Bundesstaat sind, kann die ganze Exekutive auf dem Gebiete des Gesundheitswesens sich nicht beim Reiche, sondern bei den Ländern befinden (M. Kl. 1921, S. 396).

So besteht die Möglichkeit, das Gesetz vor Engherzigkeit zu bewahren und der berechtigten Selbständigkeit und althergebrachten





Eigenart der Länder oder Provinzen, von denen bisher schon jede für sich ihr eigenes „Reglement" hatte, gerecht zu werden. Denselben Gesichtspunkt trägt unsere weitere Forderung Rechnung, daß die Errichtung und Verwaltung, der ganze Betrieb der öffentlichen Irrenanstalten nach wie vor den einzelnen Ländern oder Provinzen überlassen bleiben soll. Die praktische Handhabung der Irrenpflege soll nicht Sache des Reiches werden, soll vielmehr entsprechend dem vom Freiherrn *vom Stein* vor mehr als 100 Jahren aufgestellten Grundsatz der Selbstverwaltung möglichst dezentralisiert werden. Daß in erster Linie dieser Auffassung die erheblichen Fortschritte der Irrenpflege in Deutschland zu verdanken sind, weiß jeder; und wenn uns auch die heutigen Zeiten vorerst nicht mehr gestatten, an dem weiteren Ausbau und der weiteren Vervollkommnung der Irrenpflege so zu arbeiten wie bisher, so gibt uns doch dieser Grundsatz, die einzelnen Länder und Provinzen möglichst selbständig auch in dieser Beziehung walten zu lassen, sicher die größte Gewähr, daß damit, so viel heute nur möglich ist, erreicht werden kann.

Um die Durchführung einer auch von rechtlichen Gesichtspunkten aus einheitlichen Irrenpflege zu ermöglichen, halte ich die schon 1872, 1878, 1883, 1893, 1895 von unserem Verein einstimmig geforderte Schaffung einer im wesentlichen beratenden Zentralbehörde für notwendig, die naturgemäß an eine der schon bestehenden mit Verwaltungsaufgaben betrauten Behörde angegliedert wird. Ich halte es für notwendig, daß an der Spitze ein Fachmann steht, also ein Irrenarzt, der schon geraume Zeit, auch in verantwortungsvoller Stellung, an einer öffentlichen Irrenanstalt tätig war. Ihm zur Seite steht, da gerade hier ungemein schwierige und heikle rechtliche Fragen zu lösen sind, ein Jurist, dem die Aufgaben der Irrenpflege nicht unbekannt sind. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sind die Aufgaben, die der Behörde zufallen, etwa die Beaufsichtigung und Besichtigung aller öffentlichen und privaten Anstalten, die Erteilung von Konzessionen an Privatanstalten, die Beratung der Behörden in Angelegenheiten des Irrenwesens, besonders bei dem Erlaß von Gesetzen oder Vorschriften, Vertretung in Parlamenten bei Erörterung psychiatrischer Fragen, Erstattung von Obergutachten über die Frage der Berechtigung der Anstaltsverwahrung usw. Die Schaffung einer derartigen Behörde wurde 1895 auf der Hamburger Tagung unseres Vereins als die „unerläßliche Vorbedingung für eine planmäßige, konsequente und zielbewußte Entwicklung unseres Irrenwesens" bezeichnet.

Weniger leicht ist die Frage zu entscheiden, ob eine derartige Zentralbehörde für das Reich oder für die einzelnen Länder einzurichten wäre. Eine Reichsbehörde, die, da mit der Schaffung eines Reichsgesundheitsministeriums in absehbarer Zeit wohl kaum zu rechnen ist, ungezwungen dem Reichsministerium des Innern angegliedert würde, würde ich bevorzugen. Ersprießlich kann sie aber nur dann wirken, wenn sie sich immer vergegenwärtigt, daß in jedem Lande die Irrenfürsorge ihre selbständige Entwicklung durchgemacht und im Laufe der Zeit ihre eigne Gestaltung gewonnen hat. Jede unnötige Uniformierung muß auf das Peinlichste vermieden werden. Anderseits läßt sich manches für eine Zentrale in den einzelnen Ländern anführen; ich würde in dem Falle freilich vorschlagen, zu erwägen, ob dann nicht mit Umgehung von Preußen die Provinzen den Ländern gleichgestellt werden, auch mit Rücksicht auf die Tradition. Der Grundsatz der freien Selbstverwaltung kann so jedenfalls leichter gewahrt werden.

Vielleicht wird die Aussprache eine Klärung dieser Frage anbahnen.

Mit Rücksicht auf die uns Berichterstattern zur Verfügung stehende knappe Zeit und den Kreis der Zuhörer haben wir geglaubt, die uns gestellte Aufgabe nach einer Richtung hin einschränken zu sollen.

Wir haben die kriminellen Kranken nicht berücksichtigt obwohl diese Frage von größter Bedeutung ist; heute vielleicht mehr denn je, da wir, namentlich nach den Mitteilungen von *Kahn*, *Kraepelin* und anderen sehen, daß psychopathische Elemente im öffentlichen Leben eine geradezu unheilvolle Rolle gespielt haben oder noch spielen. Aber die Fragen, die hier zu lösen sind, bedürfen in erster Linie einer strafrechtlichen Grundlage. Erst vor kurzem sind zwei neue Entwürfe zum Strafgesetzbuch erschienen, die sich mit diesen Fragen beschäftigen; sie stellen uns vor so viele neue und bedeutungsvolle Aufgaben, daß ihre Besprechung sich zweifellos zu einem Bericht für die nächste Jahresversammlung eignet. Wir beide halten es für zweckmäßiger, einem zukünftigen Strafgesetzbuch und Strafvollzugsgesetz, wenn auch im Anschluß oder unter Hinweis auf ein Fürsorgegesetz, zu überlassen, zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen zurechnungsunfähige oder vermindert zurechnungsfähige kranke Personen, mögen es ausgesprochene Geisteskranke oder Psychopathen oder Süchtige sein, zu verwahren sind, an welchem Ort und für welche Zeit diese Verwahrung stattfinden



soll, nach welchen Gesichtspunkten und von wem die Dauer bestimmt wird.

Gehen wir zum besonderen Teil über, in dem wir nur die Hauptfragen zur Erörterung stellen, so ergibt sich naturgemäß eine Teilung des Stoffes in zwei Abschnitte, die Berücksichtigung der Kranken in den Anstalten und der Kranken außerhalb der Anstalten.

Ich beginne mit der Besprechung der Verhältnisse der Anstaltskranken und werde der Reihe nach erörtern die Aufnahme, den Rechtsschutz während des Anstaltsaufenthaltes und die Entlassung.

I. Was die Aufnahme angeht, so wäre das Ideal für den Arzt zweifellos der Verzicht auf jede Aufnahmevorschrift. Aber die restlose Durchführung des Grundsatzes, daß der Geisteskranke ein Kranker, die Irrenanstalt ein Krankenhaus ist, läßt sich im Hinblick auf die obigen rechtlichen Erwägungen nicht durchführen. Aufnahmevorschriften sind somit nötig.

Mit zwei Möglichkeiten ist zu rechnen. Entweder wird die Aufnahme außerordentlich erleichtert und eine scharfe Überwachung der Kranken während ihres Anstaltsaufenthaltes in rechtlicher Beziehung wird angeschlossen; oder man versieht die Aufnahme mit allen Sicherheitsvorschriften, um die ungewollte Aufnahme einer nicht anstaltspflegebedürftigen Person unter allen Umständen zu verhüten, und erleichtert dafür die Überwachung. Der erstere Weg verdient entschieden den Vorzug. Denn einmal ist es vom ärztlichen Standpunkte aus geboten, daß der Kranke möglichst bald der Anstalt zugeführt wird, nicht nur in seinem eignen Interesse, um so schnell wie nur möglich eine sachgemäße Behandlung zu erfahren, sondern auch im Hinblick auf das Wohl seiner Umgebung. An formalen Schwierigkeiten darf eine Aufnahme nicht scheitern; sie darf durch sie nicht einmal unnötig verzögert werden. Soll das aber der Fall sein, so muß auf der anderen Seite aus rechtlichen Gründen eine peinliche Überwachung durchgeführt werden. So vorzugehen empfiehlt sich auch deshalb, weil ein Rechtsschutz für die ganze Dauer des Anstaltsaufenthaltes vorgesehen werden muß. Nur so lassen sich die beiden einander widerstrebenden Interessen ärztlicher und rechtlicher Natur miteinander vereinigen. Wir empfehlen Ihnen also, bei der Schaffung der Rechtsgarantien nicht präventiv, sondern repressiv vorzugehen.

Materielle Voraussetzung für eine Anstaltsaufnahme ist selbstverständlich eine Geistesstörung, und zwar im weitesten Sinne

des Wortes. Ich lasse es dahingestellt, ob in dem Gesetz neben Geisteskrankheit noch ausdrücklich Geistesschwäche aufgeführt werden soll; ich kann mich der Befürchtung nicht erwehren, daß mancher die Ausdrücke Geisteskrankheit und Geistesschwäche, falls sie auch im Fürsorgegesetz angewandt werden, mit denselben Ausdrücken des BGB. verwechseln oder vermischen werde. Das Gesetz soll auf jeden Fall über den Kreis der Geistesstörung im engeren Sinne hinaus auch die Psychopathen berücksichtigen und vor allem die Süchtigen, gleichgültig, ob sie Alkohol, Morphium oder andere narkotische Stoffe zu sich nehmen.

Aber für die Aufnahme genügt in materieller Beziehung nicht das Vorliegen einer Geistesstörung schlechtweg, sondern es bedarf außerdem noch einer durch sie bedingten Anstaltspflegebedürftigkeit. Für deren Aufnahme sollen in erster Linie ärztliche Gesichtspunkte maßgebend sein, also das Bestreben, den Kranken zu heilen oder zu bessern, sofern es angeht, oder, falls dieses nicht oder nicht mehr möglich ist, ihm eine so gute Unterkunft zu verschaffen, wie nur angängig ist.

Es ist im höchsten Grade zu bedauern, daß die Anstaltspflegebedürftigkeit der Geisteskranken in weitesten Kreisen, nicht zuletzt auch von Juristen, auf ihre Gefährlichkeit oder gar Gemeingefährlichkeit zurückgeführt wird. Gerade der Ausdruck „Gemeingefährlichkeit" kann nicht lebhaft genug befehdet werden. Nicht nur, weil er dem Kranken einen Stempel aufdrückt, den er nicht verdient, und der oft genug gar nicht zutrifft, sondern auch deshalb, weil er sich nicht scharf umschreiben läßt. Meines Wissens macht der Gesetzgeber zum erstenmal im Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuche von 1919 im § 9 den Versuch einer Definition, indem er Gemeingefahr umschreibt als „Gefahr für Menschenleben oder in bedeutendem Umfange für fremdes Eigentum". Es liegt auf der Hand, daß diese Begriffsumschreibung für den vorliegenden Fall viel zu eng ist.

Zutreffend wird in der Begründung zum Entwurf des sächsischen Gesetzes über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken betont, es habe im Laufe der Zeit sich erwiesen, „daß der Begriff der Gefährlichkeit schon wegen seiner subjektiven Unbestimmtheit, aber auch wegen seiner Abhängigkeit von verschiedenen äußeren und deshalb zufälligen Zuständen keinen geeigneten Maßstab" für die Frage der Notwendigkeit der Aufnahme unheilbarer Geisteskranker abgibt.



Geradezu vorbildlich ist der Standpunkt des Badischen Irrengesetzes, der als den Zweck der öffentlichen Irrenanstalten in erster Linie die Heilung oder die Verpflegung Geisteskranker bezeichnet; bedürfen sie nicht einer psychiatrischen Behandlung, so sollen Kranke in öffentlichen Irrenanstalten nur dann Aufnahme finden, wenn sie für sich selbst oder für andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet sind.

Ebenso zutreffend bestimmt das Sächsische Irrengesetz in seinem § 1 als Aufgabe der Landesanstalten, „alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen“, ... „aufzunehmen und so lange zu verpflegen, als die eben angegebenen Voraussetzungen dauern“.

Wird danach in den Aufnahmevorschriften der ärztliche Zweck der Anstaltsbehandlung an die erste Stelle gerückt, so wird dieser Standpunkt des Gesetzgebers sicher dazu beitragen, die vielen Vorurteile zu beseitigen, die auch heute noch gegen die Irrenanstalten in weiten Kreisen bestehen.

Ohne Einfluß auf die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit sind das Lebensalter oder der Grad der Geschäftsfähigkeit. Denn hierbei handelt es sich um Verhältnisse, die mit der Frage, ob die Aufnahme in eine Anstalt geboten ist oder nicht, gar nichts zu zun haben. An einem minderjährigen Geisteskranken, der wider seinen Willen und ohne hinreichenden Grund in der Anstalt zurückgehalten würde, wird zweifellos ein Unrecht ausgeübt, das nicht deshalb eine mildere Beurteilung verdient, weil es einen Nichtvolljährigen trifft. Die Frage der Entmündigung darf unter keinen Umständen mit der Anstaltspflegebedürftigkeit verquickt werden, wie es nicht nur Laien, sondern auch viele Juristen tun. Diese beiden Maßnahmen haben weder sachlich, noch begrifflich, noch rechtlich — hinsichtlich ihrer Voraussetzungen und hinsichtlich ihres Zweckes — auch nur das Geringste miteinander zu tun. Wir stehen durchaus auf dem Standpunkt des 25. Juristentages 1900, der im Anschluß an das Referat von *Vierhaus* sich dahin aussprach, daß es sich bei der Anstaltsunterbringung um eine verwaltungsrechtliche, fürsorgliche, soweit sie zwangsweise erfolgt, polizeiliche, bei der Entmündigung um eine zivilrechtliche Maßnahme handelt; nur die letztere ist von rechtlichen Folgen begleitet. Mit vollem Recht sagte *Hamm* in der Aussprache zu dem Referat von *Vierhaus*, es sei unzweifelhaft ganz



falsch und vollständig unverständlich, wenn man die Entmündigung und die Unterbringung der Irren in Zusammenhang bringe. Nicht jeder Entmündigte muß interniert werden. Ebensowenig muß jeder Anstaltskranke entmündigt werden. Im Gegenteil! Eine Internierung kann sich erübrigen durch die Entmündigung. Andererseits bedarf gerade der der Anstaltspflege, der nicht entmündigt werden kann, nämlich der akut an einer heilbaren Psychose Erkrankte. Es geht daher nicht an, die Aufnahme für Jugendliche oder Entmündigte zu erleichtern.

Der formalen Voraussetzungen für die Aufnahme gibt es 4. Erstens das ärztliche Attest, zweitens der Aufnahmeantrag, drittens die Mitwirkung einer Behörde und viertens die Kostensicherung. Auf die letztere Frage gehe ich hier nicht ein, da sie für uns Ärzte nicht von Belang ist; übrigens hat auch das Badische Gesetz die Frage, wem im Einzelfall die Pflicht zur Kostentragung obliegt, nicht angeschnitten.

Was das Attest angeht, so soll das Attest eines Arztes genügen. Es bedarf nicht der Mitwirkung eines zweiten Arztes, die noch in manchen Provinzen gefordert wird. Man kann darüber im Zweifel sein, ob es sich empfiehlt, für die Privatanstalten das Attest eines beamteten Arztes vorzuschreiben. Ich halte es nicht für unbedingt erforderlich, nachdem sich in Baden meines Wissens daraus, daß auch für Privatanstalten nur das Attest eines praktischen Arztes vorgeschrieben ist, Mißstände nicht ergeben haben. Für nicht notwendig halte ich die Ausfüllung eines Fragebogens, die gar zu leicht zu schematischer Arbeit verführt. Unter allen Umständen ist die persönliche Untersuchung durch den Gutachter notwendig. Für nicht geboten halte ich die hier und da gestellte Forderung, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Dieser Aufgabe ist vielfach nicht einmal der Fachmann, auch nicht nach längerer Beobachtung, gewachsen. Natürlich muß das Gutachten deutlich zum Ausdruck bringen, daß der Untersuchte erstens geisteskrank ist und zweitens wegen der geistigen Störung der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt bedarf. Das Gutachten verliert 2 (bis 4) Wochen nach Vornahme der letzten Untersuchung seine Gültigkeit; dann bedarf es einer neuen Untersuchung, auf die der Gutachter nur mit wenigen Worten hinzuweisen braucht.

Schwieriger ist zu erörtern die Bedeutung des Aufnahmeantrages. Gewiß ist nur selten der Geisteskranke in der Lage, seinen Zustand und die durch ihn bedingte Notwendigkeit der Aufnahme



in eine Anstalt zutreffend zu beurteilen. Es bedarf des Eingriffs oder der Mitwirkung anderer, sei es seiner Verwandten oder des gesetzlichen Vertreters, falls er einen solchen hat, oder einer Behörde, die für seine Beaufsichtigung verantwortlich ist. Dementsprechend wird gewiß oft genug ein Aufnahmeantrag gestellt. Aber es erscheint mir bedenklich, ihn als eine unerläßliche Voraussetzung in den Aufnahmevorschriften zu bezeichnen, nicht etwa, weil der Kreis der Antragsberechtigten nicht für jeden Einzelfall scharf zu umschreiben ist — es sei denn, daß man auch dem, der ein berechtigtes Interesse nachzuweisen vermag, das Antragsrecht einräumt —, sondern deshalb, weil das Zurückziehen des Antrages, der Verlust der Geschäftsfähigkeit des Antragstellers usw. Folgen nach sich ziehen kann, die nicht unbedenklich sein können, und die mir auf jeden Fall nicht immer berechtigt erscheinen. Die Rheinische Provinzialverwaltung hatte deshalb seinerzeit ausdrücklich darauf verzichtet, den Aufnahmeantrag unter den Aufnahmevorschriften zu erwähnen, und meines Wissens haben sich daraus bisher — das entsprechende Reglement gilt schon seit vielen Jahren — Übelstände nicht ergeben.

Daraus erhellt, daß man über die Notwendigkeit eines Aufnahmeantrages verschiedener Meinung sein kann. Immerhin gebe ich ohne weiteres zu, daß die Forderung eines Aufnahmeantrages die Erledigung des Verfahrens in rein formaler Hinsicht erleichtern kann und daher den Vorzug verdient.

Als letzte formale Voraussetzung habe ich noch zu besprechen die Mitwirkung einer Behörde im Sinne einer Kontrollmaßnahme, die die Aufnahme zu einer erlaubten Handlung macht.

Es frägt sich, welche Behörde hierfür in Betracht kommt. Die vorgesetzte Verwaltungsbehörde, also die Provinzialverwaltung bei den Landesheilanstalten Preußens, scheidet aus, da sie nicht unparteiisch ist. Man könnte an die Polizeibehörde des Orts der Anstalt oder des Wohnsitzes des Kranken denken. Aber ich lege den größten Wert darauf, aus einem Irrengesetz möglichst alles das zu entfernen, was mit der Polizei in Zusammenhang steht. Nicht nur, um die Geisteskranken vor dem ihnen immer wieder gemachten Vorwurf der Gefährlichkeit zu bewahren, sondern auch, weil nach meinem Eindruck die Polizeiorgane nicht immer die wünschenswerte Verschwiegenheit besitzen. Die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft muß ausscheiden, damit nicht sofort die Aufnahme in eine Anstalt als eine Handlung erscheint, die Gegenstand einer öffentlichen Klage werden kann.

So kommt meines Erachtens in Betracht nur eine Sicherungsbehörde, über die ich mich in dem nächsten Abschnitt des näheren auslassen werde, eine Behörde, deren Haupttätigkeit in der Ausübung des Rechtsschutzes während der Anstaltsinternierung besteht. Von anderer Seite ist für sie die Bezeichnung „Fürsorgebehörde" vorgeschlagen, mit der ich mich einverstanden erkläre. Freilich wird mir von rechtlicher Seite der Einwand gemacht, dieselbe Behörde könne nicht eine Aufnahme genehmigen und über deren Berechtigung im Einspruchsverfahren entscheiden. So berechtigt dieser Gesichtspunkt ist, so bin ich vorläufig nicht in der Lage, Ihnen einen anderen Vorschlag zu machen, der mich befriedigt. Ich wüßte nicht, welche Behörde sonst noch für die Bestätigung der Aufnahme oder auch nur den bloßen Empfang der Aufnahmeanzeige in Betracht kommt. Meines Erachtens genügt die Anzeige; es bedarf nicht noch unbedingt der Bestätigung oder Statthafterklärung der Aufnahme. Fühlt sich der Anstaltsinsasse zu unrecht in der Anstalt untergebracht, hat er das uneingeschränkte Recht des Einspruchs (vgl. S. 383). Wird von diesem Recht kein Gebrauch gemacht, so kann von einer ungerechtfertigten Anstaltsverwahrung keine Rede sein. Volenti non fit injuria; oder der Anstaltsinsasse konnte sich infolge seines Geisteszstandes nicht zu einem Einspruch aufraffen, und dann war er eben anstaltspflegebedürftig. Es liegt in der heutigen Zeit doch wahrlich kein Grund vor, noch eine neue Behörde zu schaffen. Würden schon Landeswohlfahrtsämter bestehen, so könnte man sehr wohl daran denken, ihnen diese Aufgabe, die sicher in das Gebiet ihrer Tätigkeit fällt, zuzuweisen. Auf der anderen Seite ist nach dem Badischen Gesetz das Bezirksamt die Behörde, die die Aufnahme eines Kranken anregt oder, falls sie schon von anderer Seite beantragt ist, bestätigt, die aber auch gleichzeitig von dem sich zu Unrecht in der Anstalt untergebracht glaubenden Kranken angerufen wird.

Naturgemäß muß man vier verschiedene Arten einer Anstaltsaufnahme unterscheiden. Eine regelrechte, eine dringliche, eine freiwillige Aufnahme und eine Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung.

1. Die regelrechte Aufnahme hat zur Voraussetzung die Beibringung des Gutachtens eines praktischen Arztes, der den Aufzunehmenden schon vor der Aufnahme untersucht und begutachtet hat, und je nachdem den Antrag eines Antragberechtigten (S. 379—80).

2. Die dringliche Aufnahme erfordert keine vorherigen Maßnahmen. Es ist nur der den Kranken aufnehmende Anstaltsarzt ver-




pflichtet, sofort bei Eintritt des Kranken in die Anstalt ihn genau zu untersuchen und das Ergebnis seiner Untersuchung schriftlich niederzulegen, sowie die Begründung seiner Ansicht, daß die sofortige Aufnahme in die Anstalt notwendig ist. Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes muß das regelrechte Aufnahmeverfahren eingeleitet werden.

3. Die freiwillige Aufnahme muß ebenfalls in einem Irrengesetz berücksichtigt werden, schon um keine Lücke in den gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der verschiedenen Aufnahmemöglichkeiten entstehen zu lassen. Die freiwillige Aufnahme ist nur gebunden an die Beibringung eines ärztlichen Attestes, aus dem sich ergibt, daß der seine eigne Aufnahme begehrende Kranke sehr wohl in der Lage ist, die Tragweite seines Wunsches zu überschauen, und sich für die freiwillige Aufnahme, d. h. für einen auf seinen Wunsch jederzeit zu unterbrechenden Anstaltsaufenthalt eignet. Ich persönlich wäre auch damit einverstanden, daß der Anstaltsarzt das ärztliche Attest ausstellt. Der Kranke selber muß schriftlich seinen Wunsch der freiwilligen Aufnahme in die Irrenanstalt bekunden; daß dies vor Zeugen geschieht, halte ich nicht für notwendig.

4. Was schließlich die Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung angeht, so sind hierüber in erster Linie die § 81 StrPO., § 217 MStrPO. und § 656 der ZPO. maßgebend; ebenso kommen die Personen in Betracht, bei deren kraft Gesetzes ein bestimmt geartetes Abhängigkeitsverhältnis von einer Behörde besteht, also die Mitglieder der Reichswehr, die Insassen von Straf- und Erziehungsanstalten oder Arbeitshäusern. Aber die mannigfachen Erfahrungen, vor allem in Großstädten, haben gezeigt, daß die Möglichkeit, Personen zum Zwecke der Beobachtung einzuweisen, erweitert werden muß. Denn es muß Vorsorge getroffen werden, daß die, die sich auffällig benehmen, die sich oder andere zu schädigen drohen oder gar schon geschädigt haben, einer Anstalt zugeführt werden können, bevor ein krankhafter Zustand bei ihnen sichergestellt ist; nur der Fachmann kann die Schwierigkeit ermessen, die sich einer zutreffenden, schnellen Beurteilung einer vermutlich geisteskranken Person ohne längere Beobachtung entgegenstellen. Um aber einem Mißbrauch dieser erweiterten Aufnahmemöglichkeit vorzubeugen, halte ich es für notwendig, daß nur die Polizeibehörde die Aufnahme anregen kann — das ist die einzige Tätigkeit, die ich der Polizei im Irrengesetz zuweise —, und daß vielleicht hierzu noch ein, wenn auch kurzes Attest des beamteten Arztes hinzutritt. Der Schaffung besonderer Be-

obachtungsabteilungen bedürfte es nur in größeren Städten und dann natürlich im Anschluß an Irrenanstalten oder Stadtasyle, um die Durchführung der fachärztlichen Prüfung zu sichern.

II. Das wichtigste Kapitel ist die Überwachung der Anstaltskranken für die ganze Dauer ihres Anstaltsaufenthaltes in rechtlicher Beziehung, mit anderen Worten der **Rechtsschutz gegen unberechtigte Anstaltsverwahrung.** Dieser muß sicher und schnell arbeiten, ohne den Kranken oder seine Umgebung unnötig zu schädigen.

Sie alle werden mir beipflichten, daß der Vorschlag des XXV. Deutschen Juristentages: Fürsorge zu treffen, daß ein strafrechtliches Einschreiten gegen Mißbrauch auf Grund von § 239 StGB. tunlichst erleichtert werde, nicht der geeignete Weg ist.

Natürlich muß jeder Anstaltsinsasse das Recht des Einspruchs haben. Gleichgültig wie alt er ist, gleichgültig, ob er geschäftsunfähig, beschränkt geschäftsfähig oder geschäftsfähig ist. Der Grad der Geschäftsfähigkeit hat mit der Anstaltsverwahrung nicht das mindeste zu tun; auch an dem Geschäftsunfähigen kann sehr wohl ein Unrecht in der Form einer unberechtigten zwangsweisen Anstaltsunterbringung ausgeübt werden. Daher müssen wir die Beschränkung des Einspruchsrechts auf die geschäftsfähigen Anstaltsinsassen ablehnen, einmal aus den schon angedeuteten rechtlichen Gründen, dann aber auch zur Beruhigung des Publikums, das argwöhnen könnte, die ungerechtfertigte Anstaltsverwahrung lasse sich durch vorherige Entmündigung ungemein erleichtern. Aber nicht nur jeder Anstaltsinsasse hat das Recht eines Einspruchs; dieses soll vielmehr auch seinen Verwandten, seinem gesetzlichen Vertreter, falls er einen solchen hat, der Behörde, die für ihn sorgen muß, also allen denen, die zur Stellung des Aufnahmeantrages berechtigt sind, eingeräumt werden. Vielleicht sogar darüber hinaus jedem, der ein berechtigtes Interesse nachweisen kann.

Was den Gegenstand des Einspruchs anbetrifft, so handelt es sich vor allem um die unberechtigte Anstaltsverwahrung. Es muß erwogen werden, ob darüber hinaus ein Einspruch auch gegen alle die Maßnahmen erhoben werden darf, die mit der ungewollten Anstaltsverwahrung in Zusammenhang stehen und von der Anstalt getroffen werden.

Welche Behörde soll angerufen werden? Zweifellos handelt es sich hier um Fragen des öffentlichen Rechts. Somit kommen in erster Linie Verwaltungsgerichte in Betracht. Dennoch halte ich es



für richtiger, von ihnen abzusehen und die ordentlichen Gerichte vorzuschlagen. Auch sonst werden die ordentlichen Gerichte mit der Kontrolle von Verwaltungsmaßnahmen, beispielsweise der der polizeilichen Beschlagnahme betraut. § 65 des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch (1909) sieht ausdrücklich eine gerichtliche Entscheidung gegen die Bestimmung der Landespolizeibehörde über die Dauer der Verwahrung und die Entlassung krimineller Personen bestimmter Art vor.

Abgesehen von diesen mehr formalen, auf § 4 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz gestützten Bedenken fürchtete man hier und da, daß die Mitwirkung der ordentlichen Gerichte bei dem Aufnahmeverfahren im Interesse der Minderung ihrer eignen Verantwortlichkeit den Kranken gegenüber dazu führen könne, die Frage der Entmündigung zu früh oder zu häufig aufzurollen. Ich kann diese Bedenken nicht teilen, sofern man den grundsätzlichen Unterschied zwischen Anstaltsverwahrung und Entmündigung nicht außer acht läßt. Ich glaube auch kaum, daß die Besorgnis, die ebenfalls gelegentlich der Durchberatung des Badischen Irrengesetzes laut wurde, zutrifft, daß die Inanspruchnahme der ordentlichen Gerichte eine Verlangsamung des Verfahrens herbeiführen wird; nach meinen allerdings nur spärlichen Erfahrungen kann man vielleicht eher das Gegenteil erwarten. Die für die Verwaltungsgerichte bestehenden Vorschriften sind in den einzelnen Ländern Deutschlands außerordentlich verschieden, während für die ordentlichen Gerichte einheitliche Vorschriften für das ganze Deutsche Reich bestehen. Somit würde die Inanspruchnahme der ordentlichen Gerichte eher ein einheitliches Vorgehen sichern. Der Einwand, die ordentlichen Gerichte seien einer derartigen Aufgabe nicht oder doch nicht in dem Maße gewachsen wie die Verwaltungsgerichte, trifft nicht zu. Einmal haben die Gerichte in dem Entmündigungsverfahren ähnliche Aufgaben zu lösen; und dann können die ordentlichen Gerichte Zeugen und Sachverständige in ausgedehnterem Maße heranziehen als die Verwaltungsgerichte. Wenngleich Baden mit der Tätigkeit des Bezirksamts nach den von mir eingeholten Erkundigungen die besten Erfahrungen gemacht hat, und ich betone ausdrücklich, daß das Badische Gesetz schon über 10 Jahre in Kraft ist, so bitte ich doch, meine Vorschläge zu prüfen. Nicht zuletzt auch aus der Erwägung heraus, daß die Entscheidungen des Bezirksamtes ausdrücklich als polizeiliche Verfügungen bezeichnet werden. Ich halte es aber für eine vornehme Aufgabe, das Irrenrecht des polizeilichen Charakters, der ihr gar zu leicht anhaftet, möglichst zu entkleiden.

Als erste Instanz kommt das Amtsgericht in Betracht, und zwar das Amtsgericht des Bezirks, in dem die Anstalt liegt. Die Abteilung für Vormundschaftssachen ist die gegebene Behörde, die naturgemäß im Laufe der Zeit sich eine große Erfahrung gerade auf diesem Gebiet der Rechtsprechung erwerben wird. Um so mehr, wenn von § 650 ZPO. ausgiebig Gebrauch gemacht wird, d. h. wenn das Gericht nach Einleitung des Entmündigungsverfahrens die Verhandlung und Entscheidung dem Amtsgericht überweist, in dessen Bezirk der zu Entmündigende sich aufhält. Meines Erachtens sollte diese Überweisung hinsichtlich der Anstaltskranken die Regel sein. Freilich setze ich voraus, daß nur ältere und erfahrene Richter in dem Sicherungsverfahren mitwirken, wie es meines Wissens seinerzeit auch für das Entmündigungsverfahren angeordnet war. Ich stelle es der Erwägung der Juristen anheim, ob eine zweite Instanz genügt, oder ob gar noch eine dritte notwendig ist.

Was das Verfahren, das nur auf Antrag eingeleitet wird, angeht, so soll dieses Sicherungsverfahren durchaus dem Entmündigungsverfahren nachgebildet sein. Wir betonen ausdrücklich, nur in formaler Beziehung! Denn sachlich hat das Entmündigungsverfahren mit dem Sicherungsverfahren, wie nicht nachdrücklichst genug hervorgehoben werden kann, nicht das Geringste zu tun. Das Verfahren ist also nicht öffentlich, mündlich. Sachverständige müssen jedenfalls vor der ersten Entscheidung vernommen werden, darunter immer der Anstaltsarzt. Dem Sicherungsgericht steht es frei, andere Sachverständige — als solche können nur psychiatrisch vorgebildete Ärzte gelten — heranzuziehen. Der Beschwerdeführer soll jedenfalls vor der ersten Entscheidung vernommen werden; nur in dringenden Ausnahmefällen kann von einer Vernehmung, die naturgemäß wohl fast immer in den Räumen der Anstalt stattfindet, abgesehen werden, etwa dann, wenn sie einen erheblichen dauernden Nachteil dem Kranken eintragen würde. Anwälte sind zugelassen, ohne daß Anwaltszwang besteht, ebenso selbstverständlich der gesetzliche Vertreter oder der Fürsorger. Die Staatsanwaltschaft fakultativ an dem Verfahren teilnehmen zu lassen, erscheint ratsam, schon um eine Person zu haben, gegen die sich eine Klage richten kann, dann auch zur Erleichterung in der Beschaffung des zur Aufklärung des Tatbestandes notwendigen Stoffes; sie kann in jedem Zeitpunkt des Verfahrens Anträge stellen. Die Kostenfrage muß so geregelt werden, daß der Anstaltsinsasse nicht Gefahr läuft, durch einen Einspruch materiell erheblich geschädigt zu werden, und mit Rücksicht darauf von ihm

absieht. Von allen Entscheidungen muß der Anstaltsleiter benachrichtigt werden. Andererseits hat der Anstaltsleiter die Pflicht, alle Beschwerden des Anstaltsinsassen weiterzugeben. Er ist zu einer Stellungnahme berechtigt, zu einer solchen verpflichtet bei der ersten Beschwerde. Das Sicherungsgericht kann bestimmen, daß ihm weitere Eingaben des Beschwerdeführers erst nach Ablauf eines von ihr zu bestimmenden Zeitraums oder nur in bestimmten Zeitabschnitten eingesandt zu werden brauchen. Es ist nicht verpflichtet, auf jede Eingabe einen Bescheid, gar noch mit ausführlicher Begründung, zu erteilen. Beschließt das Gericht die weitere Internierung, so steht dem Anstaltsinsassen und allen denen, die in erster Instanz antragsberechtigt waren, die Beschwerde zu; gegen die die Entlassung verfügende Entscheidung mag auch dem Anstaltsleiter die Beschwerde eingeräumt werden; auf jeden Fall dem, der die Aufnahme beantragt hat. Ob der Anstaltsinsasse vorläufig entlassen werden muß oder kann, hat das Sicherungsgericht in jedem Einzelfall zu entscheiden.

Ich weiß sehr wohl, daß das von uns vorgeschlagene Sicherungsverfahren für viele Länder eine Neuerung bedeutet; und ich verstehe sehr wohl ihre Bedenken, die dahin gehen, daß diese neue Schutzmaßnahme gar zu oft und überflüssigerweise von den Anstaltsinsassen in Anspruch genommen wird und so eine Schädigung der Kranken, eine Belästigung der Gerichte und Ärzte, eine unnötige Beunruhigung weiterer Kreise herbeigeführt werden könne. Gegenüber dem berechtigten Bedürfnis eines wirksamen Rechtsschutzes, gegenüber der Bedrohung des höchsten Rechtsgutes der persönlichen Freiheit — und gerade mit Rücksicht hierauf wird von vielen, nicht zuletzt von Juristen, wieder die richterliche Entscheidung mit der mündlichen Verhandlung und der gerichtlichen Beweiserhebung als der allein in Betracht kommende Rechtsschutz angesprochen — müssen obige Befürchtungen zurücktreten, zumal sie sich nach den einschlägigen Erfahrungen kaum als berechtigt erweisen.

Wiederholt ist von anderer Seite und auch von mir vorgeschlagen worden, dem Anstaltsinsassen, der gesetzlich nicht vertreten ist, einen Fürsorger zu bestellen, der für den Kranken alle die Angelegenheiten besorgen kann, die mit der Anstaltsunterbringung und der Entlassung zuammenhängen. Ausdrücklich sei betont, daß die Geschäftsfähigkeit oder Prozeßfähigkeit des Anstaltsinsassen hierdurch nicht im Geringsten beeinträchtigt wird. Wie ich denn selbst dem wegen Geisteskrankheit entmündigten Anstaltsinsassen

das uneingeschränkte Recht des Einspruchs ausdrücklich zusprechen möchte. Etwas ähnliches bestimmt ja auch § 664 ZPO., der auch dem Geschäftsunfähigen das Recht der Klage gegen den die Entmündigung aussprechenden Beschluß einräumt, und § 675, nach dem die Wiederaufhebung der Entmündigung auf Antrag des Entmündigten erfolgt; da eine Sondervorschrift nicht besteht, kann er einen solchen Antrag beliebig oft stellen.

Es ist mir fraglich, ob die Bestellung eines Fürsorgers — für einen solchen ist von verschiedenen Seiten der Pfleger im Sinne des § 1910 BGB. in Aussicht genommen — für den Anstaltsinsassen nur auf Antrag etwa des Anstaltsinsassen oder des Anstaltsleiters oder einer öffentlichen Behörde erfolgen soll, oder ob es nicht vielmehr zweckmäßiger erscheint, automatisch, also ausnahmslos für jeden in der Anstalt untergebrachten, gesetzlich noch nicht vertretenen Kranken einen Fürsorger zu bestellen.

Auf jeden Fall wird die Bestellung eines Fürsorgers, der die Verbindung der Anstaltsinsassen mit der Außenwelt herstellt und in seinem Verkehr mit ihnen nicht beschränkt ist, sehr oft in Frage kommen, und deshalb empfiehlt es sich, der Bestellung von Berufsfürsorgern näherzutreten. Diese Einrichtung würde auch ärztlichen Gesichtspunkten gerecht werden. Denn es ist doch die Annahme berechtigt, daß der Berufsfürsorger im Laufe der Zeit ein zunehmend größeres Verständnis für Geisteskranke bekommt und dann immer mehr unseren rein ärztlichen Bestrebungen gerecht wird. Auch hier handelt es sich um eine Personalfrage! So segensreich die Tätigkeit eines Berufsfürsorgers sein kann, so unerwünscht muß dessen Arbeit sein, falls er unserem Streben nur mit Vorurteilen und Mißtrauen begegnet. Es muß somit Vorsorge getroffen werden, daß in solchen Fällen eine andere Person zum Berufsfürsorger ernannt wird.

III. Schließlich habe ich zu besprechen die **Entlassung.** Sie stellt das Spiegelbild der Aufnahme dar. Die Person, die nicht mehr anstaltspflegebedürftig ist, muß entlassen werden, also nach Eintritt der Heilung oder einer so erheblichen Besserung, daß sie unbedenklich der Freiheit zurückgegeben werden kann. Diese letztere Möglichkeit kann auch dadurch herbeigeführt werden, daß die äußeren Verhältnisse, in die der Kranke zurückkehrt, sich im Laufe der Zeit gebessert haben. Ebenso muß natürlich die Entlassung stattfinden, falls bei dem Aufgenommenen zu Unrecht eine Geisteskrankheit angenommen sein sollte oder die Sicherungsbehörde sich rechtskräftig für die Entlassung ausspricht.



Man muß natürlich daran denken, auch die Entlassung an formale Voraussetzungen zu knüpfen, etwa an einen entsprechenden Antrag von der Seite, die zur Stellung des Aufnahmeantrages berechtigt ist. Aber auch dann ist doch das Ausschlaggebende der Wegfall der Anstaltspflegebedürftigkeit. Liegt diese noch vor, so muß der Anstaltsleiter zweifellos das Recht des Widerspruchs gegen den Entlassungsantrag haben und die Verantwortung für die Folgen dem überlassen, der unbelehrbar auf der Entlassung des Kranken besteht. Natürlich muß dem Anstaltsleiter das Recht zustehen, Einspruch gegen den auf Entlassung lautenden Entscheid der Sicherungsbehörde zu erheben, sofern er der Ansicht ist, daß der Kranke sich noch nicht für Entlassung eignet (vgl. S. 385, 386).

Aus dem Gesagten ergibt sich, in welchen Fällen nach der regelrechten Aufnahme die Entlassung erfolgen muß. Das Entsprechende gilt für die dringliche Aufnahme. Der freiwillig Aufgenommene kann jeden Augenblick ohne weiteres seine Entlassung verlangen. Kann aber dieser Wunsch nicht erfüllt werden, so muß das regelrechte Aufnahmeverfahren eingeleitet werden. Der zur Beobachtung Eingewiesene muß nach Abschluß der Beobachtung jedenfalls dann entlassen werden, wenn eine Krankheit nicht festgestellt werden kann. Führt die Beobachtung zu einem anderen Ergebnis, so muß, sofern die Psychose Anstaltspflegebedürftigkeit nach sich zieht, das regelrechte Aufnahmeverfahren eingeleitet werden.

Daraus ergibt sich, daß für die Entlassung in erster Reihe ärztliche Gesichtspunkte, aber nicht Überfüllung der Anstalt, Mangel der Kostensicherung usw. maßgebend sind; daher mag sie bei den noch nicht Genesenen grundsätzlich eine nur versuchsweise, in der Form der Beurlaubung für einen bestimmten Zeitraum, sein. Die Entlassung darf nicht scheitern an dem nicht berechtigten Widerstand von Angehörigen oder Aufsichtsbehörden. Unter keinen Umständen kann gestattet werden, daß die Entlassung etwa dann erfolgen muß, wenn der Antrag auf Entmündigung gegen den in der Anstalt Untergebrachten abgelehnt oder seine Entmündigung rechtskräftig wieder aufgehoben ist. Das würde wieder die schon von mir oben (S. 378) erwähnte, sachlich und rechtlich durchaus unbegründete Verquickung von Entmündigungsreife und Anstaltspflegebedürftigkeit bedeuten. Mit aller Schärfe muß ich gerade auf diesen Punkt hinweisen, da dieser Fehler in den Vorschriften für die Privatirrenanstalten, die in Preußen 1911 erlassen sind, gemacht ist. Ich gebe ohne weiteres zu, daß im allgemeinen der Kranke, der nicht ent-

mündigt werden kann, oder dessen Entmündigung wieder aufgehoben wird, sich frei außerhalb der Anstalt bewegen kann. Aber das trifft durchaus nicht immer zu. Wenn von den Anhängern des von mir bekämpften Standpunktes darauf hingewiesen wird, die weitere Anstaltsbehandlung lasse sich nach Ablehnung des Antrages auf Entmündigung oder nach Wiederaufhebung der Entmündigung ohne weiteres durch ein neues Aufnahmeverfahren herbeiführen, so widerlegt das nicht meine Ansicht. Es ergibt sich daraus vielmehr, wie ungerechtfertigt die Verknüpfung von Entmündigung und Anstaltspflegebedürftigkeit ist. Aber abgesehen von diesen praktischen Folgerungen beweisen vor allem rechtliche Erwägungen, daß mit einer solchen Ansicht gebrochen werden muß.

Ich weiß, daß manche Provinzialverwaltungen Bedenken trugen, ein neues Reglement einzuführen, weil sie fürchten mußten, daß ihnen eine derartige Bestimmung aufgezwungen wurde. Ich kann mich des Verdachts nicht erwehren, daß auch heute noch von behördlicher Seite ein ähnlicher Standpunkt eingenommen wird. Wenigstens läßt die Auslassung des Preußischen Wohlfahrtsministers, daß der Erlaß eines Irrengesetzes nicht ohne weiteres angängig sei, weil eine solche Regelung nur nach einschneidenden Abänderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Zivilprozeßordnung möglich ist, darauf schließen, wenn ich nicht den angeführten Worten die Absicht entnehmen darf, eine Einrichtung ähnlich der von mir vorgeschlagenen Sicherungsbehörde zu treffen.

Nur ausnahmsweise sollen Geisteskranke in Krankenhäusern, die nicht Irrenanstalten sind, gegen ihren Willen zurückgehalten werden dürfen. Vorübergehend bis zur Überführung in eine Irrenanstalt, für längere Zeit nur dann, wenn von sachkundiger Seite die Unbedenklichkeit des Vorgehens bescheinigt wird, d. h. wenn ausdrücklich erklärt wird, es liege zwar Geisteskrankheit vor, diese sei aber nicht derartig, daß die Behandlung in einer geschlossenen Anstalt geboten sei oder auch nur den Vorzug verdiene. In diesem letzten Falle bedarf es ebenfalls einer Aufnahmeanzeige an die Sicherungsbehörde.

Weniger Worte bedarf es noch hinsichtlich der Kranken, die außerhalb einer Irrenanstalt sind, sei es, daß sie früher in einer Anstalt waren und aus ihr entlassen sind, oder sei es, daß sie überhaupt niemals sich in einer Anstalt befunden haben. Dabei ist es



gleichgültig, ob sie in einer Familie, der eigenen oder fremden, leben oder sich mit Bewegungsfreiheit in einem Kranken- oder Siechenhaus, das keine Irrenanstalt im engeren Sinne ist, aufhalten. Bisher nahm sich dieser Kranken höchstens die Polizei an. Ich glaube, nicht immer in einer Weise, die vom Standpunkt des Irrenarztes aus freudig begrüßt werden kann. Ich erinnere mich wenigstens mancher Fälle, in denen dem aus der Anstalt Entlassenen von seinem Arbeitgeber gekündigt wurde, weil die Polizeibehörde für ihn ein Interesse an den Tag legte, das sein Lohnherr nicht verstand oder mißdeutete. Meines Erachtens reicht auch die Aufsicht durch den Kreisarzt nicht aus, schon deshalb nicht, weil er nicht immer über die notwendige psychiatrische Vorbildung verfügt.

Ich halte es für richtiger, daß hier eine Einrichtung Platz greift, wie sie *Kolb* u. a. unlängst vorgeschlagen haben. Mit Absicht sehe ich von einzelnen Vorschriften ab. Ich begnüge mich damit, Ihnen vorzuschlagen, daß jeder Anstalt ein bestimmter Bezirk zugewiesen wird, innerhalb dessen sie, vielleicht im Anschluß an das Landeswohlfahrtsamt, die Aufsicht über die Kranken ausübt, mögen sie sich früher in der Anstalt aufgehalten haben — die versuchsweise Entlassung in der Form der Beurlaubung wird die Aufgabe wesentlich erleichtern — oder nicht. Einem der Anstaltsärzte, dem Fürsorgearzt, fällt die Aufgabe zu, die Kranken zu überwachen und die ihm notwendig erscheinenden Maßnahmen zu treffen, also unter Umständen die Aufnahme in die Anstalt herbeizuführen. Geschicktes Vorgehen des Anstaltsarztes wird sicher dazu beitragen, weitere Kreise über das Wesen der Geistesstörungen und die Bedeutung der Anstalten aufzuklären — sehr viel sicherer, eindringlicher und leichter, als es noch so viele Vorträge und Belehrungen vermögen. Mit dieser Tätigkeit ist auch der weitere Vorteil verknüpft, daß die Anstalt über das weitere Schicksal der Entlassenen sichere Kunde erhält, daß also gerade die von *Kraepelin* erhobene Forderung, ausgiebig die Kranken auch noch nach ihrer Entlassung weiter zu beobachten, sich ohne weiteres erfüllen läßt.

Wir kennen den Entwurf eines Irrengesetzes des Reichsministeriums des Innern, falls ein solcher schon fertiggestellt ist, nicht und können somit auch nicht wissen, inwieweit er unseren Wünschen Rechnung trägt. Ich halte es daher für notwendig, daß wir eine Resolution fassen, die dahin geht, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie das Reichsministerium des Innern ersucht, ihm den Ent-



wurf eines Irrengesetzes so rechtzeitig zugehen zu lassen, daß er ihn begutachten kann.

Ich hoffe, daß die Aussprache, die sich heute an unseren Bericht anschließt, uns die mit der Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf erwachsende Aufgabe wesentlich erleichtern wird, und daß unseren von Sachkunde getragenen Anschauungen und Überzeugungen vom Gesetzgeber im weitgehenden Maße Rechnung getragen wird, zum Wohle unserer Kranken.



Schaffung eines neuen Irrengesetzes[1]).

Von

D. Dr. **Kahl.**

In dem mir anvertrauten Korreferat beschränke ich mich tunlichst auf reine Rechtsfragen. Die gemeinsamen Leitsätze sind auf Grund eingehender sachlicher Vorverständigung von dem ersten Herrn Berichterstatter verfaßt. Grundsätzlich decke ich sie vollkommen. Für einzelne Zweckmäßigkeitsfragen muß ich gewisse Vorbehalte machen. Ohne ängstlichen Anschluß an den Gedankengang der Leitsätze hebe ich diejenigen rechtlichen Gesichtspunkte hervor, die mir grundlegend erscheinen.

Zuerst die quellenrechtliche Form des künftigen Irrenrechts. Einer Statistik über die Quellen der Gegenwart bedarf es in diesem Kreise nicht. Abgesehen von älteren Gesetzen, so in Weimar 1841, Bremen 1878, und von wenigen neueren, so Baden 1910 und Sachsen 1912, beruht das Irrenwesen im Reich heute überwiegend auf Verordnungsrecht. Es erklärt sich daraus, daß man es allzu einseitig als polizeiliche und verwaltungstechnische Aufgabe bewertete.

Aus dieser engen Sphäre ist es herauszuheben und gesetzlich zu regeln. Nicht eben mit der Motivierung Leon Gambettas von 1870, weil nämlich überhaupt „der Schutz der persönlichen Freiheit wichtiger sei als die Pflege der Gesundheit". Dürfte ich dem die Frage gegenüberstellen: Wer möchte nicht lieber in der Einsperrung geistesgesund, als in der Freiheit verrückt sein? Mit solch generellen Phrasen läßt sich nichts beweisen. Gewiß spielt die Freiheit in dem Problem eine große Rolle. Aber sie ist nicht allein entscheidend. Die Gründe für gesetzliche Regelung sind vielmehr allseitiger und tiefer zu fassen.

---

[1]) 2. Bericht, erstattet auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (s. diesen Bd., S. 322).



Der Charakter des gesetzlichen Rechts ist Dauerbestand, Sicherung gegen willkürliche Änderung. Das Verordnungsrecht unterliegt den möglicherweise rasch wechselnden Anschauungen wechselnder Regierungsorgane. Hier aber handelt es sich um Verhältnisse, deren dauernde Ordnung im Interesse der Kranken und der Allgemeinheit notwendig und heute auch möglich ist. Denn aus der Erfahrung und den wissenschaftlichen Fortschritten der Psychiatrie hat sich allmählich ein fester und gemeinsamer Schatz von Überzeugungen und Wahrheiten gebildet, der zur gesetzlichen Kodifikation reif und fähig ist.

Unter den Einzelinteressen, die zur gesetzlichen Regelung drängen, sind natürlich die der Kranken selbst an die Spitze zu stellen, und hier hinwiederum stehe ich nun als Jurist nicht an, den Schutz der persönlichen Freiheit in den Vordergrund zu rücken. Allerdings nicht im Sinne der Böswilligen oder Leichtgläubigen, die in den Irrenanstalten vorwiegend Organisationen zur systematischen rechtswidrigen Freiheitsberaubung sehen. Daß Einzelfälle dieser Art, darunter auch ernste und verurteilungswürdige, sich ereignet haben, weiß jeder. Gewiß hat niemand sie so sehr beklagt, als der Stand der Irrenärzte selbst. Entschieden trete ich daher für eine strenge Handhabung des § 239 des Strafgesetzbuchs ein. Aber als Unbeteiligter und aus vielfacher persönlicher Anschauung der Dinge halte ich mich zu dem Urteil berechtigt, daß allermindestens 98% der Anklagen wegen rechtswidriger Freiheitsberaubung in das Gebiet der Schauerromane gehören.

Entscheidend ist, daß, wenn auch eine scharfe begriffliche Abgrenzung der Sachgebiete von Gesetzgebung und Rechtsverordnung nicht besteht, doch längst der Verfassungsgrundsatz sich durchgesetzt hat, daß alles, was Freiheit oder Vermögen der Staatsangehörigen betrifft, nur im Wege der Gesetzgebung geregelt werden soll. Und das ist innerlich gerechtfertigt. Jedermann hat Anspruch darauf, daß die Bedingungen objektiv festgelegt werden, unter denen allein ihm, wenn auch für den rein humanitären Zweck der Heilung, Beschränkungen im Gebrauche seiner Freiheit zugemutet werden dürfen. Auf chirurgischem Gebiete ist das längst anerkannt. Der Arzt darf nicht gegen den ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen operieren. Der neueste Entwurf des Strafgesetzbuchs hat, worüber ich Grund habe persönliche Genugtuung zu empfinden, das Märchen, daß die Operation an sich eine Körperverletzung darstelle, endlich aufgegeben. Er hat aber ausdrücklich in den §§ 288 und 313



jede Heilbehandlung gegen den Willen unter ernste Strafe gestellt. Auf psychiatrischem Gebiet ist dieser gesetzliche Schutz um so mehr gerechtfertigt, als ja eben in den meisten Fällen der Kranke selbst eines vernünftigen Willens nicht fähig und daher nicht zu beurteilen imstande ist, was seine Gesundheit erfordert. Da soll in seinem Interesse die stetige gesetzliche Ordnung eintreten, das Gesetz nicht als Plage, sondern als Wohltat. Neben dem Freiheitsschutz des Kranken selbst konkurriert sodann noch eine ganze Welt von Individualinteressen zugunsten einer gesetzlichen Regelung: Interessen der Familie, der weiteren Verwandten, Freunde, Berufsgenossen, namentlich aber der Ärzte selbst, die für ihr, die Freiheit eines anderen beschränkendes Handeln eine sichere Grundlage beanspruchen können, um nicht dauernd unbegründeten Verdächtigungen ausgesetzt zu sein.

Das Interesse der Allgemeinheit an gesetzlicher Ordnung trifft mit dem der Heilanstalten selbst zusammen. Es ist der Gesichtspunkt des Vertrauens, auf dessen Wechselseitigkeit gerade diese dunkelste Seite der Gesundheitspflege beruhen muß. Irrenanstalten sind keine Museen, die jeder besuchen kann. Daher bilden sich oft jene abenteuerlichen Vorstellungen von ihrem Geheimbetrieb und den Vorgängen, die sich da abspielen sollen. Gesetzliche Ordnung ist das wirksamste und natürlichste Korrektiv gegen das Unkraut des Mißtrauens auch hier. Wenn noch auf dem 25. Deutschen Juristentag von 1900 in Bamberg, dem ich selbst beigewohnt habe, der damalige Berichterstatter, der verstorbene Oberlandesgerichtspräsident *Vierhaus*, eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens, allerdings ohne eingehende Begründung, nicht für notwendig erklärte, so kann ich dem heute so wenig zustimmen wie schon damals. Der Zug der Zeit drängt entschieden zur gesetzlichen Regelung, wie die parlamentarische Bewegung seit Ende des vorigen Jahrhunderts überzeugend beweist. So in Preußen 1892/93/95, in Württemberg 1895, in Bayern 1896, im Reiche 1897/8 und 1902.

Entscheidet man sich im Grundsatz für gesetzliche Regelung, so fragt man sich weiter: Landesgesetze oder Reichsgesetz? Letzteres war schon in der Reichstagssitzung vom 16. Januar 1897 beschlossen: „Die verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Grundsätze feststellt, durch die die Aufnahme, die Aufenthaltsverhältnisse und die Entlassung von Geisteskranken in resp. aus den Anstalten reichsgesetzlich geregelt wird."

Die drei Richtungen eines Reichs-Irrengesetzes waren also schon hier durchaus zutreffend angegeben.



Über das Schicksal dieses Antrages im früheren Bundesrat und in der Reichsregierung kann ich mich hier natürlich nicht auslassen. Ich betone nur das ohnehin Selbstverständliche, daß ein Teil der Bundesstaaten für, ein anderer gegen reichsgesetzliche Regelung war, und daß auch hinsichtlich des Umfangs solcher Ordnung die Ansichten auseinandergingen. Ich weiß ferner, daß auch nach der Staatsumwälzung die gegenwärtige Reichsregierung die Sache im Auge behalten hat. Eine Versandung der wichtigen Angelegenheit ist also nicht zu befürchten, und die Anregungen Ihres Kongresses werden für eine gesetzliche Regelung noch zu ihrem vollen Rechte kommen.

Nach gegenwärtiger Zeitlage ist reichsgesetzliche Regelung der einzig mögliche Weg. Das bisherige Reichsrecht hatte direkt in das ganze Gebiet nur durch § 30 der Gewerbeordnung eingegriffen, wonach Unternehmer von Privatirrenanstalten einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde bedürfen, die nur aus den dort angeführten Gründen versagt werden darf. Außerdem überwies Art. 4, Ziff. 15 der Reichsverfassung von 1871 der Gesetzgebung des Reichs „Maßregeln der Medizinalpolizei", also nicht das ganze Medizinalwesen. Wenn daraus früher sogar eine Unzuständigkeit des Reichs für Irrenwesen abgeleitet wurde, so kann diese Streitfrage heute auf sich beruhen. Die Zuständigkeitsfrage ist gegenwärtig klar. Wir haben in die neue Reichsverfassung vom 11. August 1919 in Art. 7, Ziff. 8 die Bestimmung eingestellt: „Das Reich hat die Gesetzgebung über das Gesundheitswesen." Diese Zuständigkeit gehört unter die sogenannte „konkurrierende Gesetzgebungsgewalt", d. h. die Fälle, in denen sowohl Reich als Länder zuständig sind, und in denen nach Art. 12 „solange und so weit das Reich von seinem Gesetzgebungsrechte keinen Gebrauch macht, die Länder das Recht der Gesetzgebung behalten".

Von diesem formalen Rechte des Reichs abgesehen sind es aber sachliche innere und äußere Gründe, die für Inanspruchnahme der Reichskompetenz sprechen. Politische Gesichtspunkte, an denen es ebenfalls nicht fehlt, scheide ich an dieser Stelle von vornherein aus. Aber das Bedürfnis der Rechtseinheit kann mit überzeugenden Gründen nicht bestritten werden. Die allgemeinen Voraussetzungen, unter denen Anstaltsbehandlung Geisteskranker einzutreten und fortzudauern hat, können grundsätzlich nicht nach Grenzpfählen zu differenzieren sein. Bei der Notwendigkeit einer Überführung von Kranken aus einem Lande in ein anderes bestehen ferner ohne

einheitliche Regelung fortdauernd überflüssige Weiterungen und Schwierigkeiten. Sodann ist einheitliche Regelung ein weiteres Hauptmittel zur Unterbindung des unbegründeten weitverbreiteten Mißtrauens. Die Bedingungen des Schutzes der persönlichen Freiheit müssen endlich für jeden Deutschen, soweit möglich, gleiche sein, nachdem Art. 114 der Reichsverfassung die persönliche Freiheit ausdrücklich als allgemeines Grundrecht proklamiert und Beschränkungen nur auf gesetzlichem Wege für zulässig erklärt hat. Auch durch Reichsgesetz soll nicht das Landesrecht vor dem Zugriff auf das Irrenwesen ausgeschlossen werden. Aber die Grenzbestimmung hängt freilich von der Vorfrage ab, welche Sachgebiete überhaupt für die reichsrechtliche Regelung in Beschlag zu nehmen sind. Man kann dann den Grundsatz aufstellen: Alles, was nicht vom Reiche belegt ist, bleibt für das Landesrecht frei.

Dies führt mich zum Inhalt eines künftigen Reichsirrengesetzes. Als Grundsatz stelle ich voran: reichsgesetzliche Regelung kann überall nur das Allgemeine und auch dieses lediglich normativ ergreifen. Daher muß von ihr ausscheiden die Ordnung alles dessen, was im technisch-konkreten Sinne den Anstaltsbetrieb und das damit Zusammenhängende betrifft. Soweit nicht hier überhaupt das freie Ermessen des Anstaltsleiters maßgebend ist, gehören alle diese Ordnungen zur Zuständigkeit der einzelnen Länder, denn hier sind nicht nur regionale Verschiedenheiten und Eigentümlichkeiten, sondern auch personelle Verhältnisse nach der Verschiedenartigkeit der Anstaltsinsassen und anderes maßgebend.

Als weitere Beschränkung des Reichsgesetzes ist zu fordern, daß das Recht der kriminell Geisteskranken ganz und gar dem künftigen Strafgesetzbuch und Strafvollzugsgesetz zu überlassen ist. Seit der Reformbewegung des Strafrechts haben wir den Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen besondere Sorgfalt zugewendet. Die Entwürfe von 1913 und 1919 stimmen hier vollkommen überein. Soweit „Anstaltsbehandlung" Geisteskranker in Frage kommt, ist in dreifacher Richtung Vorsorge getroffen. Erstlich ordnet nach § 88 des Entwurfs 1919, wenn jemand wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit freigesprochen wird das Gericht seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt an, falls die öffentliche Sicherheit diese Maßregel erfordert. Grund: Bedürfnis der Sicherung der Gesellschaft. Der gemeingefährliche Zurechnungsfähige soll nach der Freisprechung nicht wieder auf die Straße entlassen werden. Sodann ordnet nach demselben



Paragraphen, wenn jemand als nur vermindert zurechnungsfähig zu einer milderen Strafe verurteilt war, das Gericht seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt an, falls die öffentliche Sicherheit diese Maßregel erfordert. Grund: die gesetzliche Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähgkeit hat nicht den Hauptsinn, dem vermindert Zurechnungsfähigen eine mildere Bestrafung zuteil werden zu lassen, wiewohl auch dies wegen verminderter Schuld gerechtfertigt ist, sondern vielmehr den Zweck, eine gesetzliche Handhabe dafür gewonnen zu haben, in Verbindung mit der Strafe nachfolgend eine rationelle Heilbehandlung eintreten zu lassen. Der vermindert Zurechnungsfähige muß vor Rückfall gesichert werden, denn er steht in Gefahr, immer von neuem mit der Rechtsordnung zu kollidieren. Nach § 92 Entwurf 1919 endlich ordnet, wenn ein Trunksüchtiger wegen einer Straftat, die er in der Trunkenheit begangen hat, oder wegen sinnloser Trunkenheit zu Strafe verurteilt wurde, das Gericht seine Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt an, falls diese Maßregel erforderlich ist, um ihn an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen. Grund: die erschreckende Bedeutung des Alkoholismus für die Kriminalität. In allen Fällen wird die richterlich angeordnete Verwahrung oder Unterbringung durch die Landespolizeibehörde bewirkt. Ebendieselbe bestimmt auch über die Entlassung.

Es kann sich nun nicht empfehlen, diese Fälle in ein Reichsirrengesetz zu übernehmen. Es entfällt das Bedürfnis. Denn über Aufnahme hat schon der Richter zwingende Bestimmung getroffen, natürlich in allen Regelfällen erst nach Anhörung von Sachverständigen. Ebenso verfügt über Aufenthaltsdauer und Entlassung die Landespolizeibehörde. Ein besonderes Verfahren über beide Fälle kommt also nicht mehr in Frage. Ebenso nicht das Vorhandensein und die Prüfung besonderer Aufnahme- oder Entlassungsbedingungen. Weiterhin auch nicht ein Einspruchsrecht gegen die Unterbringung. Die Frage endlich, in welch konkrete Anstalt jemand unterzubringen sei, bestimmt nach reichsrechtlicher Vollmacht allein die Landespolizeibehörde.

Als praktische Frage könnte nur offen bleiben, ob kriminell Geisteskranke in die Anstalten für nicht Kriminelle mit aufzunehmen sind. Grundsätzlich würde ich die Frage verneinen. Ursprünglich hat man auch für jene nur an selbständige Anstalten gedacht. Wie auf so vielen Kulturgebieten werden aber auch hier die Ideale durch die trostlose Lage unserer Finanzen korrigiert werden. Immerhin



wird, auch wenn gemeinschaftliche Unterbringung stattfinden muß, doch tatsächlich eine sehr strenge Sonderung Platz greifen müssen. Das gebieten nicht nur menschlich-gesellschaftliche Rücksichten, sondern auch Rechtsbedürfnisse. Der Psychiater wird sich hier nicht auf den Standpunkt stellen dürfen, im Verbrecher lediglich den Geisteskranken, nur den Menschen zu sehen. Die Justiz fordert solch Kriminellen gegenüber ganz andere Sicherheitsmaßregeln gegen Entweichung. Die Freiheitsbeschränkung darf und muß in diesen Fällen eine um vieles intensivere sein. Doch soll wie gesagt der ganze Fragenkreis aus einem Reichsirrengesetz und also auch hier ausscheiden.

Gehe ich nun positiv auf den Inhalt eines Reichsgesetzes ein, so möchte ich ihm die Überschrift gegeben wissen: „Reichsfürsorgegesetz für Geisteskranke". Ein solches kann sich nur beziehen auf Anstaltsaufnahme, Anstaltsaufenthalt einschließlich der dazugehörigen Beaufsichtigung und Anstaltsentlassung.

Gemeinsam für Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung bestehen zwei Fragengebiete:

1. Auf welche Arten von Anstalten ist eine reichsgesetzliche Regelung zu erstrecken? Die Einbeziehung der Privatanstalten versteht sich von selbst. Das war überhaupt der Ausgangspunkt der ganzen Bewegung auf gesetzliche Regelung des Irrenwesens: hier sei widerrechtliche Einsperrung leichter; alles sei auf den Willen eines einzigen, möglicherweise auch pekuniär interessierten Leiters gestellt, und es fehle die sich gegenseitig ergänzende Kontrolle öffentlicher Ärzte und Beamten. Ob diese Gründe einige Berechtigung haben, ist von mir nicht abzuwägen. Geht man überhaupt an reichsgesetzliche Regelung, so können die öffentlichen Anstalten nicht ausgeschlossen werden. Auch sie waren nicht selten Gegenstand unbegründeter Angriffe und Verdächtigungen. Aber das wäre juristisch nicht das Entscheidende. Vom Rechtsstandpunkte entscheidend ist, daß eine materielle Ungleichheit in der Festsetzung der Bedingungen für Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung als eine Verletzung des Grundsatzes der Rechtsgleichheit empfunden und zurückgewiesen würde. Nur die mit medizinischen Unterrichtsanstalten verbundenen psychiatrischen Kliniken sind nach meiner Ansicht nicht einzubeziehen. Sie unterstehen ohnehin einer öffentlichen Aufsicht, werden berufsmäßig nach rein wissenschaftlichen Gesichtspunkten geleitet, sind für die Kranken vielfach nur Beobachtungs- und Übergangsstationen, und Vermutungen selbstsüchtiger Ausnutzung kommen ohnehin nicht in Frage. Sie werden verstehen, wenn ich bestrebt



bin, das Lebensgebiet der Universitäten auch an diesem Punkte tunlichst von reichsgesetzlicher Bevormundung freizuhalten.

2. Eine weitere gemeinsame Frage ist die, ob weiterhin eine organische Verbindung zwischen Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken einerseits und dem Entmündigungsrecht andererreits bestehen oder fortbestehen solle? Diese Frage ist bestimmt zu verneinen. Dieses Nein steht in Übereinstimmung mit dem Beschluß, den schon der erwähnte 25. Deutsche Juristentag gefaßt hat:

> „Die Frage nach der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche und die Frage nach der Unterbringung oder Festhaltung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt sind verschiedener Natur und voneinander zu trennen."

So allein entspricht es der Vernunft der Sache. Beide Maßregeln stehen durchaus nicht in notwendigem Verhältnis. Die Entmündigung soll die privatrechtliche Handlungsfähigkeit beschränken oder entziehen. Die Anstaltsverwahrung dagegen dient ausschließlich dem Heilungszweck. Es gibt Geisteskranke, denen trotz ihrer Krankheit die Fähigkeit nicht abzusprechen ist, privatrechtliche Rechtsgeschäfte zweckdienlich abzuschließen. Es gibt andererseits Entmündigte, deren Verwahrung in einer Irrenanstalt eine höchst überflüssige Maßregel wäre. Insbesondere aber könnte bei fortdauerndem Zusammenhang beider Maßregeln der Heilungszweck auf das empfindlichste gefährdet werden, namentlich, wenn die Unterbringung von einem vorhergehenden Entmündigungsverfahren abhängig gemacht werden sollte. In dringlichen Fällen wäre Aufnahme dann überhaupt ausgeschlossen. Aber auch sonst wird die Heilung nur verzögert, wenn nicht möglichst bald nach erkannter Krankheit sachgemäße Anstaltsbehandlung eintreten kann. Ich ziehe schon hier den Schluß, daß, auch wenn die über einen Anstaltsinsassen verfügte Entmündigung aus privatrechtlichen Gründen während seines Anstaltsaufenthalts aufgehoben wird, er aus diesem Grunde niemals seine Entlassung zu fordern berechtigt sein kann. Im übrigen nehme ich an, daß in diesem Kreise Meinungsverschiedenheiten hierüber kaum bestehen. Ich enthalte mich daher weiterer Ausführung.

Nun zum einzelnen:

I. Aufnahme. — Ich bekenne mich zu dem Grundsatz, daß die Bedingungen und Formen der Aufnahme möglichst frei zu gestalten und die Rechtsgarantien überwiegend in den Zeitraum nach Aufnahme zu verlegen sind. Formlos kann immerhin die Aufnahme von Geisteskranken nicht sein, da sie als solche schon einen schweren



Eingriff in die persönlichen Verhältnisse darstellt. Es sind zu unterscheiden die materiellen und die formellen Aufnahmebedingungen. Die ersteren, die Feststellung des Tatbestandes oder Verdachtes geistiger Erkrankung, sowie die Prüfung der Anstaltsbedürftigkeit, liegen rein auf ärztlichem Zuständigkeitsgebiet. Rechtlicher Prüfung unterstehen dagegen die äußerlichen urkundlichen und sonstigen Nachweisungen, die zur Aufnahme erforderlich sind. Hier sind natürlich auch für die juristische Würdigung die tatsächlichen Verschiedenheiten der nicht freiwilligen und freiwilligen, ersteren Falles der regelmäßigen und dringlichen sowie der Aufnahme lediglich zum Zwecke der Beobachtung maßgebend.

Vorhergehend ist mir eine begriffliche Verständigung über den Unterschied von Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit in diesem Zusammenhange erwünscht. Die Grenzen können fließend sein. Es gibt sehr viele Fälle freiwillig-unfreiwilligen Eintritts: alle die Fälle des täglichen Lebens, in denen Patient ohne jede behördliche Einmischung lediglich durch den autoritativen Zuspruch von Hausarzt, Familie, Freundschaft zur Überführung in die Irrenanstalt sich bestimmen läßt, zwar durchaus nicht einverstanden ist und sich nur äußerst widerwillig fügt, aber rein äußerlich angesehen sich frei entschließt. Alle diese Fälle sind natürlich zur unfreiwilligen Aufnahme zu rechnen und deren Bedingungen zu unterstellen. Freiwilligkeit ist nur da anzunehmen, wo die Initiative zum Eintritt von der Person selbst ausgeht. Sie setzt also immer voraus, daß insoweit noch Selbstbestimmungswille und -Fähigkeit vorliegen. Auf die Gründe kann es nicht weiter ankommen: Furcht vor dem Ausbruch einer Geisteskrankheit, Verlangen nach Beobachtung; es gibt auch Fälle, in denen lediglich Erschöpfungszustände den Wunsch nach klösterlicher Abgeschlossenheit in einer Anstalt hervorrufen. Um normal ganz Gesunde wird es sich ja auch hier in der Regel nicht handeln. Die sogenannte Freiwilligkeit wird irgendwie pathologisch angefärbt sein. Was nun

1. den Regelfall der nichtfreiwilligen Aufnahme betrifft, so besteht keine Meinungsverschiedenheit über

a) die Notwendigkeit ärztlichen Gutachtens. Wie dieses einzurichten sei, ist nicht Rechtsfrage. Ich halte das ärztliche Zeugnis irgendeines approbierten Arztes, und zwar eines für ausreichend, namentlich also nicht Ausnahmen für Privatanstalten durch die Forderung des Zeugnisses eines beamteten Arztes oder mehrerer Ärzte für notwendig. Denn es liegen in Ansehung der Kranken ob-



jektiv gleichwertige Bedürfnisse vor, und die späteren Rechtsgarantien sind in beiden Fällen die gleichen. Dagegen ist vom rechtlichen Standpunkt zu billigen, daß in keinem Fall das ärztliche Gutachten unangemessene Zeit vor der Aufnahme ausgestellt sein darf, weil sich im Zwischenraum die Verhältnisse geändert haben können. Grundsätzlich wichtig ist hier noch einmal die Feststellung, daß das ärztliche Gutachten durch nichts anderes ersetzt werden kann, namentlich also nicht durch einen richterlichen Entmündigungsbeschluß, selbst wenn dieser ganz neuesten Datums wäre. Denn er beweist noch lange nicht die Anstaltsbedürftigkeit. Der Entmündigte kann zur Besorgung seiner Rechtsgeschäfte unfähig, aber darum längst nicht anstaltsreif sein.

b) Ich fordere ferner als Aufnahmebedingung das Vorliegen eines förmlichen Antrages. Der Berichterstatter hat Bedenken dagegen. Vielleicht stoße ich auch bei der Mehrheit der Versammlung in diesem Punkte auf Widerspruch. Vom Standpunkte des Rechts muß ich gleichwohl darauf bestehen. Und zwar einmal als Unterlage einer etwa nachfolgenden Anfechtung und sodann im Interesse der Sicherung der Anstalt selbst. Auf einen besonders wichtigen Spezialfall komme ich sogleich. Das Antragsrecht würde ich im übrigen im weitesten Sinne allen an der Person rechtlich Interessierten und für sie Verantwortlichen zuerkennen: der Familie im weitesten Umfang, gesetzlichen Vertretern, warum nicht auch dem Freunde? und selbstverständlich Gemeindebehörden. Über den Antrag zu befinden, ist Sache der Anstaltsleitung. Hier entsteht noch eine Rechtsfrage, die in den Thesen nicht berührt ist: inwieweit nämlich eine Pflicht zur Aufnahme in öffentliche Anstalten besteht? Man spricht immer nur von einem Schutz gegen die Aufnahme. Muß es nicht auch einen solchen gegen die Nichtaufnahme geben? Ich stelle die Frage nur zur Erwägung. Ihre Regelung in einem Irrengesetz halte ich für unabweisbar. Aber die Voraussetzungen sind mehr ärztlicher als rechtlicher Natur. Endlich

c) Amtliche Anzeige der betätigten Aufnahme. Eine „Bestätigung" ist zu entbehren wegen des nachfolgenden Sicherungsverfahrens. Die Anzeige aber als Mittel der öffentlichen Kontrolle ist unentbehrlich. An welche Behörde, bleibt mir offene Frage. Der Berichterstatter legt Wert auf die von ihm so genannte „Sicherungsbehörde". Ich will nicht eben widersprechen, wiewohl sich dann rechtlich das kaum haltbare Verhältnis herausstellt, daß dieselbe Behörde über Aufnahme und Beschwerde gegen die Aufnahme zu



entscheiden in die Lage kommen könnte. Aber ich lege darauf kein Gewicht, weil ich der Meinung bin, daß diese Frage als Organisationsfrage dem Landesrecht überlassen bleiben muß, und daß hier ein Bedürfnis reichsgesetzlicher Regelung kaum bestehen dürfte, es sei denn, daß man die mir verständliche Absicht hätte, bestimmte Behördenkategorien, wie etwa Polizeibehörden oder Staatsanwaltschaft, auszuschließen. Auch das ist wiederum mehr Sache ärztlicher Erfahrung. Grundsätzliche Bedeutung lege ich der Entscheidung nicht bei. Denn die Behörde, bei der die Anzeigen einzulaufen haben, möchte ich nur als Registerbehörde aufgefaßt wissen und ihr irgendwelche Initiativrechte auf Grund der eingegangenen Anzeige nicht beilegen.

2. Die Voraussetzung dringlicher Aufnahme liegt vor, wenn die Art der Geisteskrankheit unmittelbare Gefahr für die Person selbst, ihre Umgebung oder die Öffentlichkeit begründet. Hier muß zunächst die Verantwortlichkeit des aufnehmenden Arztes selbst entscheidend sein. Die Nachweise der regelmäßigen Aufnahme sind nachzuholen. Rechtlich zu erwägen wäre nur, ob nicht für Fälle der Dringlichkeit eine Verpflichtung zur mindestens vorläufigen Aufnahme auch für Privatirrenanstalten gesetzlich festzulegen wäre. Ich übersehe indessen nicht, ob ein Bedürfnis in dieser Richtung sich gezeigt hat.

3. Für den freiwilligen Eintritt können der Art nach die Regelvoraussetzungen nicht nachzulassen sein. Nur nehmen sie teilweise anderen Zweck und Inhalt an.

a) Das ärztliche Zeugnis muß hier zum Inhalt haben die Bescheinigung der nach Ansicht des Arztes noch vorhandenen Selbstbestimmungsfähigkeit. Um völlig normal Gesunde wird es sich ja, wie ich wiederholt bemerke, auch hier nicht handeln, und wären es auch nur subjektive Zwangsvorstellungen ohne objektiven Krankheitsbefund. Aber es muß wenigstens noch diejenige erforderliche Selbsterkenntnis vorhanden sein, die erforderlich und hinreichend ist, die Bedeutung des Schrittes zu verstehen.

b) Auf den förmlichen Antrag des Eintretenden selbst ist gerade hier entscheidendes Gewicht zu legen. Die Anstalt muß gegen jede Verdächtigung rechtswidriger Freiheitsberaubung für alle Zeit urkundlich gesichert sein.

c) Die Notwendigkeit der behördlichen Anzeige versteht sich auch hier von selbst. Der Personalbestand jeder Anstalt muß der Behörde schon aus allgemeinen Gründen der Sicherheitspolizei bekannt sein. Wir Kriminalisten kennen Fälle, in denen Verbrecher

sich durch freiwilligen Eintritt in eine Irrenanstalt der Verfolgung zu entziehen oder für alle Fälle sich die Rechtswohltat der Geisteskrankheit zur Zeit der Begehung ihrer Tat zu sichern versucht haben.

Juristisch wären noch zwei Momente beachtlich: einmal, daß hier in keinem Falle eine Verpflichtung zur Aufnahme bestehen kann, sodann daß, wie ich schon hier bemerke, dem freiwillig Eingetretenen jederzeit das Recht des freien Austrittes gewahrt bleiben muß. Solange er freiwillig bleibt, untersteht er natürlich den ihm bekanntgegebenen Bedingungen und Beschränkungen des Anstaltslebens, ohne rechtswidrige Freiheitsberaubung geltend machen zu können.

4. Was die Aufnahme zwecks Beobachtung betrifft, so kommen, soweit sie amtlich angeordnet wird (StPO. § 81, ZPO. § 656), selbständige Aufnahmebedingungen nicht in Betracht. Die zur Beobachtung erforderliche Zeitdauer ist keine juristische Frage. Dem Antrag des ersten Berichterstatters, auch ohne Gerichtsbeschluß den Polizeibehörden ein Recht der Überweisung zur Beobachtung zu geben, stimme ich zu. Ich möchte persönlich weitergehen und allen zur Aufnahme Antragsberechtigten auch ein Recht geben, befristet die Beobachtung zu beantragen. Weiß ich doch mit Ihnen allen, daß sich in Familien dazu oft ein Bedürfnis ergeben hat, daß Unglück verhütet worden wäre, wenn auch ohne ausgesprochene Geisteskrankheit eines Familiengliedes rechtzeitig eingegriffen werden konnte. Dazu erst die Polizeibehörde anzugehen, kann keinem Familienhaupte zuzumuten sein. Ich wäre dann allerdings der Ansicht, daß dieselben Bedingungen, wie bei regelmäßiger Aufnahme, auch hier zu erfüllen wären. Der bloß temporäre Zweck kann an der Sache nichts ändern. Würde man die Aufnahme erleichtern, so könnte grade unter dem Vorwand der bloßen Beobachtung Mißbrauch geschehen.

II. Anstaltsaufenthalt. — Hier kommen rechtlich nur zwei Dinge in Betracht: der individuelle Rechtsschutz der Anstaltsinsassen und die allgemeine Aufsichtsführung über die Anstalten.

1. Hinsichtlich des individuellen Rechtsschutzes besteht unter den Berichterstattern grundsätzliche Übereinstimmung. Es liegt im Interesse des öffentlichen Vertrauens zur Irrenpflege, daß hier möglichst weitherzig verfahren werde. Jedem gegen oder ohne seinen Willen in eine Anstalt Eingebrachten soll ohne Unterschied des Lebensalters und des Grades seiner Geschäftsfähigkeit, ohne Rücksicht also auf etwaige Entmündigung, das Recht des Einspruchs — ich möchte nicht sagen Beschwerde — gegen die Unterbringung



und die damit zusammenhängenden Maßnahmen der Anstaltsleitung zustehen. Dieses Recht muß man auch gesetzlichen Vertretern und Anverwandten einräumen. Gegen Mißbrauch lassen sich Vorkehrungen treffen.

Über den Einspruch soll als „Irrenfürsorgegericht" (ein Ausdruck, den ich dem der „Sicherungsbehörde" vorziehe) das Amtsgericht entscheiden, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist. Diese Tätigkeit soll als ein neuer Zweig der freiwilligen Gerichtsbarkeit sich einführen, die, wie Vormundschaftswesen oder Grundbuchwesen, nichts anderes ist als ein Ausfluß der Fürsorge des Staats für die persönlichen oder wirtschaftlichen Interessen der Staatsangehörigen. Eine Übertragung dieser Funktion auf Verwaltungsbehörden ist nicht zu empfehlen. Von organisatorischen Rücksichten abgesehen schon deshalb nicht, weil es sich im wesentlichen um Entscheidungen über den Schutz der persönlichen Freiheit handeln wird, die von wechselnden Anschauungen der Amtsinhaber und politischen Einflüssen ferngehalten werden müssen. Bei der Kontrolle eines unabhängigen Gerichts ist die Erwartung begründet und einige Bürgschaft gegeben, daß sich im Laufe der Zeit eine konstante Praxis und Erfahrung herausbilden wird, die der Stetigkeit der Irrenpflege zum Nutzen gereicht und das öffentliche Vertrauen in sie befestigt.

Die kurzen Leitsätze über das Verfahren möchte ich mündlich nur durch wenige Bemerkungen vervollständigen. Als normative Gesichtspunkte würden etwa die folgenden zu beachten sein:

a) Der Anstaltsleiter sei verpflichtet, jeden die Aufnahme betreffenden oder damit zusammenhängenden Einspruch dem Fürsorgegericht vorzulegen. Er kann ermächtigt werden, unsachgemäß sich wiederholende Einsprüche von Querulanten oder ähnlichen Figuren nur periodisch in Vorlage zu bringen.

b) Das Gericht entscheidet in nicht öffentlichem, aber mündlichem Verfahren. Die Verhandlungen können nach Bedürfnis in geeigneten, dazu ausschließlich bestimmten Räumen der Anstalt selbst stattfinden. Gesetzlichen Vertretern ist die Anwesenheit gestattet, Verwandten kann sie gestattet werden. Jedem gesetzlich oder durch freie Wahl eines Anwalts nicht vertretenen Einspruchsberechtigten muß für die Verhandlung ein Fürsorger bestellt werden. Der Kranke ist stets, soweit sein Zustand das nicht ausschließt, in der Verhandlung persönlich zu hören. Er muß das Recht haben, Zeugen und Sachverständige zu benennen, über deren Zulassung der Richter entscheidet.



c) Vor der Entscheidung muß der Richter Sachverständige, darunter in jedem Falle den leitenden Anstaltsarzt, vernehmen. Die Staatsanwaltschaftsbehörde beim Amtsgericht ist von jedem Einspruch und von jedem Verhandlungstermin zu benachrichtigen und ihr auf Verlangen zur Wahrnehmung der öffentlichen Interessen die Mitwirkung beim Termine zu gestatten. Das Gericht entscheidet nach seiner freien, aus dem Inbegriff der Verhandlung geschöpften Überzeugung.

d) Gegen die Entscheidung des Amtsgerichts sei das Recht der Beschwerde an das zuständige Oberlandesgericht gegeben. Das Beschwerdegericht kann neue Erhebungen anordnen, es entscheidet im übrigen im schriftlichen Verfahren und endgültig. Eine dreimalige Instanz wäre überflüssig.

Da hier nicht ein Gesetzentwurf schon vorzulegen, sondern lediglich eine Verständigung über Grundsätze zu gewinnen ist, so können diese Hinweise genügen.

2) Zur Frage der allgemeinen Aufsichtsführung kann ich mich kurz fassen. Denn ich bin auch hier der Ansicht, daß diese nicht in einem Reichsfürsorgegesetz zu regeln, vielmehr die Organisation der ständigen Beaufsichtigung der Irrenanstalten aller Art der Landesgesetzgebung vorzubehalten wäre. Sie hängt aufs engste mit geschichtlich begründeten und für wertvoll gehaltenen Verhältnissen der Medizinalverwaltung und ihrem Behördensystem in den Ländern zusammen. Ihre Einbeziehung müßte das Zustandekommen eines Reichsgesetzes lediglich erschweren.

Nur in einer Hinsicht hätte ich, mit negativer Wirkung auf das Landesrecht, einen Vorbehalt im Reichsgesetz allerdings gerne gesehen. Er betrifft die Einrichtung periodischer Besichtigungsorgane, der sogenannten Besuchskommissionen. Nicht außer Zusammenhang mit politischen Theorien drängt sich auch hier vielfach die Forderung ausschließlicher Laienkommissionen vor. Den Grundsatz der Unbefangenheit auf Grund mangelnder Sachkenntnis möchte ich indessen für kein Gebiet, am allerwenigsten für die Irrenpflege, anerkannt wissen. Gewiß sollen Laien nicht grundsätzlich ferngehalten werden, schon um auch hier eine weitere Bedingung des allgemeinen Vertrauens zu schaffen. Aber sie dürfen nur als Mitglieder von Sachverständigenkommissionen auftreten und nicht aus irgendeinem Schema politischer Wahlsysteme, sondern nur aus Präsentation einer fachmännischen Berufsorganisation, wie etwa der Ärztekammern, hervorgehen. Gewisse reichsgesetzliche Sicherungen in dieser Hinsicht wären gewiß nicht ohne Wert.



Zum Leitsatze endlich

III. über die Entlassung habe ich vervollständigend meinerseits nur noch hinzuzufügen, daß es wohl als selbstverständlich zu gelten habe, daß, wenn von irgendeiner zuständigen Seite Bedenken oder Einsprüche gegen die Entlassung erhoben werden, auch hierüber das Amtsgericht als Irrenfürsorgegericht entscheidet. Hiefür würde ein vereinfachtes und abgekürztes Verfahren — einfacher richterlicher Beschluß auf Grund Sachverständigengehörs — vorzusehen sein.

Die Leitsätze enthalten noch drei Punkte, die ich nicht behandelt und eben nur mit einem Worte zu streifen habe.

Erstlich die Einrichtung von Berufsfürsorgern: sie liegt außerhalb des juristischen Gebiets. Sodann die Fürsorge für Kranke außerhalb der Anstalten; ich nehme nicht an, daß sie Gegenstand reichsgesetzlicher Regelung werden soll. Endlich die Schaffung einer Zentralbehörde für das Irrenwesen. Wird sie überhaupt in Aussicht genommen, was ich nur befürworten kann, so kann sie Sinn und Wert nur gewinnen als eine etwa dem Reichsministerium des Innern angegliederte Reichsbehörde mit einem Psychiater an der Spitze. Sie wäre nicht als eine regierende Behörde mit unmittelbarer Befehls- und Einmischungsgewalt zu denken, sondern vielmehr als eine höchste Stelle, die die Erfahrungen auf dem Gebiete der Irrenpflege sammelt, hieraus Anregungen schöpft und gibt für Gesetzgebung und Verwaltung, und die dem Reichstage gegenüber das Irrenwesen nach allen seinen Verzweigungen parlamentarisch vertritt. In solcher Stellung könnte sie zweifellos von großem Nutzen sein.

Ich schließe damit meine Bemerkungen als Korreferent. Von der Wichtigkeit der Sache, die hier zur Verhandlung steht, sind alle durchdrungen. War schon längst vor dem Weltkriege eine zeitgemäße Reform des Irrenrechts Gegenstand der Sorge für Ärzte und Juristen, so hat sich die Bedeutung des Problems unermeßlich gesteigert durch die schweren Erschütterungen von außen und innen, denen ununterbrochen seit nun fast sieben Jahren das deutsche Volk ausgesetzt war und noch weiterhin auf unberechenbare Zeit ausgesetzt sein wird. Keiner zweifelt daran, daß dadurch die Allgemeinbedingungen für die Störung des seelischen oder intellektuellen Gleichgewichts auf das ungünstigste beeinflußt worden sind und fortwährend beeinflußt werden. Sind doch sogar manche Massenerscheinungen der Gegenwart so geartet, daß sie an sich nur pathologisch bewertet werden können. Neben die Therapie tritt dadurch in gesteigertem Maße auch auf dem Gebiete des Irrenwesens die Prophylaxe. Die

ıütung der Geisteskrankheiten ist eine der schwersten Verant-
tlichkeiten der Gegenwart. Denn nur ein nervengesundes Volk
Aussicht, sich wieder aufzurichten. Dies führt freilich weit hin-
über die Gedankenkreise, die uns hier beschäftigen. Aber beides
t in unlösbarem Zusammenhang. Unter diesem höheren Gesichts-
kte erscheint auch die Reform des Irrenwesens geradeso wie etwa
Reform des Strafrechts als nichts anderes denn als eine Teil-
gabe für den Wiederaufbau des Vaterlandes überhaupt.

Zur Pathogenese der epileptischen Krampfanfälle.

Von

Otto Klieneberger [1]).

Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls war bisher noch ebenso unklar wie die Pathogenese der Epilepsie. Immerhin hat der Krampfanfall an sich für die Diagnose der Epilepsie an Bedeutung sehr erheblich eingebüßt. Der epileptische Anfall ist nicht mehr, wie *Kraepelin* sagt, „ein entscheidendes Merkmal", wir präjudizieren mit dem Ausdruck epileptischer Krampfanfall keineswegs mehr eine bestimmte Diagnose, der epileptische Anfall ist heute nur noch ein Symptom, das nicht nur der genuinen Epilepsie, deren Gebiet zugunsten der symptomatischen Epilepsie immer mehr zusammengeschrumpft ist, oder der symptomatischen Epilepsie eignet, sondern das mehr oder weniger isoliert bei allen möglichen Vergiftungen, Stoffwechselstörungen, Geisteskrankheiten u. a. beobachtet wird. So ist es verständlich und bedeutet nur das Fazit aus dieser Erkenntnis, daß *Fischer* vorgeschlagen hat, an Stelle des bisher üblichen Ausdrucks „epileptischer Krampf" den Ausdruck „elementarer Krampf" zu setzen. Dementsprechend faßt er alle Krankheiten, die mit elementaren Krämpfen einhergehen, ganz allgemein als Krampfkrankheiten zusammen und hebt als ihr wesentliches Merkmal die gesteigerte Krampffähigkeit des Organismus hervor. Er geht somit bewußt einen Schritt weiter, als es bisher geschehen ist, spricht nicht wie *Bauer* von der individuellen, nicht jedem eigenen Disposition, der epileptischen Reaktionsfähigkeit, die zum Teil konstitutionell, zum Teil konditionell begründet ist, noch wie *Hauptmann* von der epileptischen Reaktionsfähigkeit als einer „besonderen Reagibilität des Ge-

[1]) Aus der psychiatrischen und Nervenklinik Königsberg (Pr.), Direktor Geheimrat Meyer. Nach einem Vortrag in der 22. Versammlung des nordostdeutschen Vereins für Psych. u. Neurol. am 2. 4. 21 in Königsberg (Pr.).



ıs‘‘, sondern er behauptet, daß in jedem Organismus die phy- ogischen Vorbedingungen für die Krampffähigkeit liegen, eine ;chauung, die wohl nicht neu (auch *Kraepelin* spricht von der ıahme, daß bei der Entstehung von Krampferscheinungen ge- se vorgebildete Einrichtungen unseres Zentralnervensystems in vegung gesetzt werden), aber wohl noch nicht in dieser Präzision gedrückt worden ist. Als Beweis für diese Anschauung führt *:cher* die Erfahrungstatsache an, daß es bei bestimmten Tierklassen ngt, experimentell durch entsprechende Reize Krämpfe zu erzeugen.

Offenbar liegen die Verhältnisse beim Menschen ganz ähnlich. So uche ich nur daran zu erinnern, daß wie beim Tiere so auch beim nschen beim Ausbluten regelmäßig Krämpfe, die sogenannten anämi- en Krämpfe, auftreten, die durchaus epileptischen Anfällen ähneln ınen. Und noch mehr gleichen epileptischen Krämpfen die Zuckungen, wir zuweilen in kurz dauernden Ohnmachten sehen, wie ich sie gar ht so selten selbst bei leichten Ohnmachten beobachtet habe, die im schluß an eine einfache Blutentnahme aus der Armvene auftraten. elleicht darf man auch das Zusammenfahren auf unerwartete plötz- he Schreckreize, das regelmäßig von vasomotorischen Störungen, Miß- ıpfindungen, Zittern u. a. begleitet ist, als den Ausdruck der physiologisch rgebildeten Krampffähigkeit, der beim gesunden Erwachsenen viel- cht allmählich mehr oder weniger rudimentär gewordenen Krampf- reitschaft auffassen. Denn da, wo offenbar die Krampffähigkeit phy- ›logischerweise noch stärker vorhanden ist, wo eine besondere Erreg- ırkeit allgemein besteht oder wo vielleicht die Hemmungsmechanismen ›ch nicht genügend ausgebildet sind, bei Kindern z. B., kann es ja be- ınntlich im Anschluß an das Zusammenfahren zu Bewußtseinsstörungen ›mmen, „das Kind bleibt weg‘‘, ja das Zusammenfahren kann sich so eigern, daß förmliche Krämpfe daraus entstehen.

Können wir somit nach all dem einen physiologischen Krampf- echanismus mit *Fischer* annehmen, so werden wir ihm auch weiter ›lgen müssen, wenn er ausführt, daß sich dieser Krampfmechanismus im wesentlichen mit dem physiologischen Mechanismus für die mo- ›rischen Reaktionsformen überhaupt‘‘ decken wird. Welches ist nun ieser physiologische Mechanismus? Zweifellos liegt eine Hauptkom- onente im Gehirn. Aber die motorische Reaktionsfähigkeit wie die ‹rampffähigkeit ist nicht allein an das Gehirn gebunden, sondern, wie *'ischer* nachweist, auch von der Funktionsfähigkeit und Reizansprech- ›arkeit der Muskulatur abhängig, und auch diese Ansprechbarkeit der ›Iuskulatur unterliegt wiederum nicht nur zentralen, sondern auch peri- ›heren Reizen. Jede Muskeltätigkeit ist „ihrer Erscheinungsform nach :unächst eine Leistung der quergestreiften Muskulatur‘‘. Diese steht ›ekanntlich in engen funktionellen Beziehungen zum Nebennierensystem. Ist der Krampf eine physiologisch vorgebildete motorische Reaktions- form, verläuft er in den gleichen Bahnen wie die motorischen Reaktionen überhaupt, so muß für ihn gelten, was für die motorischen Reaktionen gilt. Von dieser Voraussetzung ausgehend hat *Fischer* Tierexperimente



angestellt, und es ist ihm in der Tat der Nachweis gelungen, daß di Krampffähigkeit an das Nebennierensystem gebunden ist. Nach Re duzierung der Nebennierensubstanz zeigte sich eine Abnahme de Krampffähigkeit des Organismus, selbst wenn die Krampffähigkeit de Gehirns, die „zentrale Krampffähigkeit" experimentell, durch Hirn rindenschädigung z. B., gesteigert wurde, und umgekehrt zeigte sich ein Erhöhung der Krampffähigkeit durch die „periphere Komponente" be Hypertrophie der Nebennieren, insbesondere ihrer Rindensubstanz, wi sie bei Kastrierten und in noch höherem Maße bei mit Alkohol chronisc vergifteten Kaninchen beobachtet worden ist, analog der übrigens auc schon früher bekannten Tatsache, daß Injektionen von Nebennieren extrakt krampfauslösend wirken. Somit scheint nach *Fischer* die Annahm eines physiologisch vorgebildeten Krampfmechanismus gesichert un seine Scheidung in eine zentrale und eine periphere Komponente berech tigt. Beide beeinflussen sich wechselweise, beide zeigen aber auch ein relative Selbständigkeit, z. B. in der Verschiedenheit der Aura, in de Begleiterscheinungen der Anfälle u. a. m., auf die ich hier nicht nähe eingehen will. Ihre Hauptbedeutung gewinnt diese Auffassung dadurch daß sie das Wesen des Krampfes und der Krampfkrankheiten unseren Verständnis erheblich nahebringt und zugleich neue Wege für die Be handlung eröffnet.

Auch im menschlichen Organismus liegt, wie wir sahen, die Krampffähigkeit begründet, und wir können auch hier annehmen, daß die Krampffähigkeit unter gewissen Bedingungen zur Krampfbereitschaft, die Krampfbereitschaft weiterhin zur Krampftätigkeit führen wird. Welches sind nun aber diese Bedingungen? Einmal kann wohl die Krampffähigkeit des Gehirns so gesteigert sein, daß das Gehirn dauernd krampfbereit ist. Das ist vermutlich bei der genuinen Epilepsie der Fall. Weiterhin kann auch das an sich nicht krampfbereite Gehirn zur Krampfbereitschaft umgestimmt werden. Traumatische Schädigungen des Gehirns, Kopfschüsse, luische, paralytische, arteriosklerotische Prozesse, Tumoren des Gehirns u. a. können zu einer epileptischen Umstimmung des Gehirns führen, derart, daß nun auch ohne erkennbare Ursache epileptische Anfälle auftreten, oder daß nunmehr ein Reiz, der früher ohne Wirkung gewesen, z. B. eine geringe Alkoholmenge, epileptische Anfälle auslöst.

Andererseits sehen wir aber auch im Anschluß an Infektionskrankheiten, an Stoffwechselstörungen, an Intoxikationen u. ä. epileptische Anfälle auftreten, denen sicher nicht eine epileptische Umstimmung des Gehirns zugrunde liegt. Denn die Krämpfe bzw. die Krampftätigkeit sind da nicht lediglich an das Gehirn gebunden, sondern von den äußeren Reizen, den Infektionskrankheiten, Intoxikationen u. ä. abhängig. Die Krampftätigkeit hört auf, wenn die Ursache behoben ist, und Reize, die bei dem epileptisch um-



stimmten Gehirn Anfälle auslösen, werden dann hier wirkungslos leiben. Hier sind es demnach außerhalb des Gehirns liegende Einüsse, die die Krampffähigkeit des Gehirns zur vorübergehenden rampfbereitschaft und Krampftätigkeit steigern, die wir nach *ischer* zweckmäßigerweise der peripheren Komponente zurechnen üssen. Nur eine Steigerung der zentralen Komponente wird den rampfmechanismus dauernd unterhalten und in Bewegung setzen, nmer wiederkehrend Krampfanfälle erzeugen können. Nicht so ie periphere Komponente. Die ist unselbständiger und kann Krämpfe nmer nur vermitteln, während das krampfbereite und krampftätige ehirn aus sich selbst wirkt. Immerhin kommt aber auch der pepheren Komponente eine wesentliche Bedeutung zu. Ist das Geirn krampfbereit, so wird unter Umständen schon ein geringer Aneil der peripheren Komponente genügen, um Krämpfe auszulösen, . h. das krampfbereite Gehirn krampftätig zu machen; und umekehrt wird eine gehörige Steigerung der peripheren Komponente uch in dem nur krampffähigen Gehirn krampferzeugend wirken önnen, ohne daß eine Krampfbereitschaft ausgebildet ist.

Unter der Annahme eines solchen Krampfmechanismus mit entraler und peripherer Komponente wird uns das Verständnis des pileptischen Anfalls wesentlich erleichtert. So können wir z. B. wei Wege feststellen, auf denen chronischer Alkoholmißbrauch zu pileptischen Anfällen führt. Einmal kann der dauernde Alkoholbusus das Gehirn dauernd schädigen, derart, daß eine epileptische Umstimmung erfolgt, daß also eine typische Epilepsie mit epileptichen Anfällen, die sogenannte Alkoholepilepsie, sich entwickelt, die bleibt und fortschreitet, auch wenn der Alkoholmißbrauch völlig aufhört. Dann aber können auch beim Trinker, offenbar ohne eine besondere Gehirnveränderung, epileptische Anfälle auftreten, die lediglich bzw. vorwiegend auf der peripheren Komponente beruhen, indem diese das krampffähige Gehirn krampftätig macht. Demgemäß sehen wir dann die Anfälle in direkten Beziehungen zum Alkoholkonsum stehen, sehen sie verschwinden und ausbleiben, wenn der Alkoholmißbrauch aufhört. Unter diesem Gesichtswinkel wird uns auch das Krampfen bei Infektionskrankheiten, bei Stoffwechselstörungen und Intoxikationen verständlich, so verstehen wir das Krampfen von Kindern (Eklampsie, Fraisen, Zahnkrämpfe; auch bei Würmern), so verstehen wir, wenn bei Psychopathen, bei denen wir vielleicht ebenso wie bei Kindern mit dem Fehlen oder der ungenügenden Ausbildung von Hemmungsmechanismen rechnen dürfen,



wenn bei solchen Psychopathen auf besondere Erlebnisse, besonder
Affekte epileptische Anfälle (Affektepilepsie) in die Erscheinun
treten.

Daß hierbei und bei den epileptischen Anfällen überhaupt di
Drüsen mit innerer Sekretion eine besondere Rolle spielen, hat ma
schon lange angenommen. Einmal sprechen hierfür der Einfluß de
Ernährung und Verdauung auf Auftreten und Häufigkeit der An
fälle, dann auch die Stoffwechselschwankungen und Stoffwechsel
störungen, die bei Krampfkrankheiten festgestellt, und die Verände
rungen des Blutbildes, die bei Krampfenden beobachtet wurden
Auch an das Auftreten von epileptischen Anfällen nach Exstirpatio
der Epithelkörperchen sei in diesem Zusammenhange erinnert. End
gültig beweisend aber scheinen mir doch erst die Ergebnisse vo
Fischer zu sein. Während man früher schwankte, ob lediglich da
Gehirn oder lediglich die Peripherie (ich erinnere an die Reflex
epilepsie) krampfauslösend bzw. krampferzeugend wirkt, währen
man später schwankte, ob eine abnorme Anlage des Gehirns Vor
bedingung für das Zustandekommen von Krämpfen, eine endogene
oder exogene Komponente sekundäres Erfordernis sei, wobei man
hinsichtlich der endogenen Komponente noch die Frage offen lassen
mußte, ob es sich um primäre, vom Körper ausgehende oder sekun-
däre, vom Gehirn hervorgerufene Stoffwechselstörungen handelte,
dürfen wir jetzt wohl mit *Fischer* eine zentrale und eine periphere
Komponente annehmen und dürfen es wohl auch als erwiesen be-
trachten, daß die periphere Komponente letzten Endes auf einer
Störung der inneren Sekretion beruht und daß dem Nebennieren-
system dabei eine wesentliche Bedeutung zukommt, eine Bedeutung,
die übrigens auch durch Untersuchungen von *Kersten* über den Blut-
zuckergehalt von Krampfenden dargetan ist und auf die auch *Kafka*
bereits hingewiesen hat. Auch auf die Abhängigkeit des Neben-
nierensystems vom Sympathikus und seinen Störungen, die übrigens
gelegentlich auch und zwar als einzige Ursache für das Krampfen
verantwortlich gemacht wurde, hat *Fischer* hingewiesen und eine
sehr einleuchtende Erklärung auch für die affekt-epileptischen An-
fälle beigebracht, indem er zeigt, wie der Affekt eine Sympathikus-
reizung bewirken und wie diese Reizung nun weiter auf das Adrenalin-
system sich fortpflanzen kann. Fast auf alle bisher dunklen Fragen
gibt *Fischers* These vom Krampfmechanismus Antwort.

Die weitere Forschung wird sicher auf den von *Fischer* gewiesenen
Wegen zu weiteren Ergebnissen führen. Und sie eröffnet, darauf

ıöchte ich zum Schluß noch kurz hindeuten, auch therapeutisch 'eitschauende Aussichten. *Brüning* hat auf Vorschlag von *Fischer* ı einigen Fällen versucht, durch operative Reduzierung der Nebenierensubstanz krampfhemmend und krampfheilend in den Krampfıechanismus einzugreifen. Schädliche Folgen wurden nicht beobach-:t, gewisse Besserungen scheinen wenigstens vorläufig erzielt. Das [aterial ist noch zu klein und die Versuche liegen nicht weit genug urück, um bindende Schlüsse zu gestatten. Man wird zu weiteren 'ersuchen, vielleicht auch durch Bestrahlung, die Hand bieten und ielleicht auch auf andere Weise, durch den Sympathikus z. B., die eriphere Komponente zu beeinflussen suchen müssen. Jedenfalls erdanken wir der *Fischer*schen Hypothese neue Fragestellungen, .eue Forschungsrichtungen und neue Gesichtspunkte für die Be-.rteilung des Wesens der Epilepsie und der Krampfanfälle sowie ndlich neue Richtlinien für ihre Behandlung.

Literatur.

Bauer, Konstitution und Nervensystem. Z. f. d. g. N. u. Ps. Ref. Bd. 15 S. 360 ff

Brüning, Die Nebennierenreduktion als krampfheilendes Mittel. D. m. W. 46. Jg. 1920, S. 1351.

Fischer, Ergebnisse der Epilepsiefrage. Z. f. d. g. N. u. Ps. Orig. Bd. 56, 1920, S. 106.

Fischer, Die Bedeutung der Nebennieren für die Pathogenese und Therapie des Krampfes. D. m. W. 46. Jg., 1920, S. 1437.

Hauptmann, Über Epilepsie im Lichte der Kriegserfahrungen. Z. f. d. g. N. u. Ps. Orig. Bd. 36, 1917, S. 181.

Hauptmann, Ein Weg, das Wesen der genuinen Epilepsie zu erforschen. Monatsschr. f. Ps. u. N. Bd. 48, 1920, S. 1.

Kersten, Ergebnisse zur Frage des elementaren Krampfes. Z. f. d. g. N. u. Ps. Orig. Bd. 63, 1921, S. 48.

Kraepelin, Psychiatrie. VIII. Aufl.

Kraepelin, Zur Epilepsiefrage. Z. f. d. g. N. u. Ps. Orig. Bd. 52.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

53. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 7. Mai 1921 in Hannover

Anwesend waren: *Arbeit*-Hildesheim, *Behr*-Lüneburg, *Benno*-Goslar, *Böttcher*-Hannover, *Borchers*-Hildesheim, *Bremer*-Göttingen, *Brunotte*-Gandersheim, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Damann*-Marsberg, *Dickel*-Bethel, *Frensdorf*-Göttingen, *Fröhlich*-Langenhagen, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Grahl*-Hedemünden, *Griese*-Aplerbeck, *Grütter*-Langenhagen, *Güntz*-Hannover, *Guertler*-Hannover, *Hobohm*-Bethel, *Hoppe*-Rinteln, *Kracke*-Lüneburg, *Meyer*-Königslutter, *Osann*-Hannover, *Peltzer*-Bremen, *Pförtner*-Lüneburg, *Quaet-Faslem*-Rasemühle, *Rapmund*-Göttingen, *Reckmann*-Oeynhausen, *Rehm*-Ellen, *Reinelt*-Osnabrück, *Richard*-Göttingen, *Rinne*-Langenhagen, *Schäffer*-Hannover, *Schmidt*-Münster, *Schneider*-Osnabrück, *Schütte*-Langenhagen, *Schultze*-Göttingen, *Schwabe*-Hannover, *Schwarze*-Linden, *Sernau*-Ilten, *Simon*-Gütersloh, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *F. Stern*-Göttingen, *Voigt*-Oeynhausen, *Volland*-Bethel, *Wahrendorff*-Ilten, *Wegener*-Suttrop, *Wichmann*-Pyrmont, *Wichmann*-Wolfenbüttel, *Willige*-Hannover, *Winter*-Lengerich.

Vorsitzender: *Snell*-Lüneburg, Schriftführer: *Pförtner*-Lüneburg.

Der Vorsitzende gedenkt des Verstorbenen *Schmidt*-Wunsdorf.

Dem Kassenführer wird Entlastung erteilt.

Osann-Hannover. Demonstration zweier seltener Krankheitsbilder.

1. Fall von Myotonie. — 32 jähriger Postsekretär, aus gesunder Familie, früher stets gesund, von Januar 1917 bis zum Schluß als Blinker im Felde, erkrankte im Oktober 1917 an Ruhr und Bronchitis. Seitdem häufig Hustenanfälle, bei denen er hinfiel und kurze Zeit steif wie ein Stock dalag, ohne sich rühren zu können, oft im Dienst oder auf dem Marsche. In dieser Zeit auch Schluckstörung bei flüssigen Speisen, die sich später besserte. Nach Kriegsende im Postdienst Schwäche und Steifigkeit in Armen und Beinen, Erschwerung des Schreibens. Gehstörung besonders nach längerem Sitzen oder Stehen, er könne dann schlecht in Gang kommen, wäre auf diese Weise zweimal auf der Straße fast überfahren worden. — Muskulatur kräftig aussehend. Die fest zur Faust geschlossenen Hände können nur schwer wieder geöffnet werden. In allen Extremitätenmuskeln mechanische Übererregbarkeit, sekundenlanges Stehenbleiben von Muskeldellen. Elektrisch: träge, myotonische Reaktion, besonders



ausgeprägt die A. S. Z. bei galvanischer Reizung. In der Radialismuskulatur, die nicht atrophisch aussieht, deutliche Schwäche. Das Gaumensegel hebt sich schlecht. Sprache näselnd. In der Zunge keine myotonischen Erscheinungen. — Die Besonderheit des Falles besteht in dem Fehlen hereditärer bzw. familiärer Belastung und der Verbindung mit beginnender Muskelatrophie. Eine zehnwöchige Badekur in Oeynhausen brachte zunächst subjektive Besserung, die aber durch plötzlich eintretendes kaltes Wetter wieder aufgehoben wurde.

2. Fall von Myasthenie. — 21 jähriger Photograph, in Smyrna geboren, 1912 Pocken, 1915 Sonnenstich. 2 Jahre im Felde, an der Palästinafront, 1918 leicht durch Bajonettstich verwundet, geriet mehrere Male in Gefangenschaft, aus der er sich aber jedesmal selbst befreite. Mutter mit 58 Jahren an Schlaganfall gestorben, Vater leberleidend, sämtliche Geschwister gesund. In der Zeit vor und nach Weihnachten sehr überanstrengt, machte im Januar dieses Jahres auf Maskenbällen bis spät nachts viele Dutzende von Blitzlichtaufnahmen. Am 28. Januar plötztich beim Photographieren mit Doppelsehen erkrankt. Einige Tage später Herabsinken der Augenlider. Dann trat eine Schwäche der Kaumuskeln und der Gesichtsmuskeln hinzu. Auch in den Extremitätenmuskeln zunehmende Schwäche, so daß Pat. Anfang Februar eines Morgens beim Aufstehen in die Knie sank und von da ab beim Gehen gestützt werden mußte. — Bei den am 7. Februar und den folgenden Tagen vorgenommenen Untersuchungen fand sich: doppelseitige Ptosis, sobald Pat. nur wenige Sekunden geradeaus sah; doppelseitige Facialisparese (Pfeifen unmöglich, Lippen- und Augenschluß kraftlos, Anspannung des M. frontalis besser); Doppeltsehen beim Blick nach links im Sinne einer linksseitigen Abduzenslähmung (Augenarzt Dr. *Lübs*); Gang erschwert; Aufstehen aus dem Sitzen erschwert; die erhobenen Arme sanken nach 20 Sekunden herab. Im Orbicularis oculi komplette myasthenische Reaktion, im Deltoideus und im Extensor indicis beiderseits inkomplette myasthemische Reaktion. Herz o. B. Vergrößerung der Thymus weder perkutorisch noch auf der Röntgenplatte nachweisbar. W.-R. negativ. — Therapeutisch wurden 32 Injektionen mit Salvarsan und dreimaliger Bestrahlung der Thymusgegend in sechswöchigen Zwischenräumen angewandt, letzteres trotz des negativen Thymusbefundes, wegen der ursächlichen Rolle, welche Thymus persistens bzw. Thymustumor in einzelnen Fällen gespielt haben. Ferner wurde Kalzium in Form von Kalzan dauernd gegeben. Zurzeit wesentliche Besserung, so daß nur noch leichte Schwäche des Orbicularis oculi beiderseits und inkomplette myasthenische Reaktion darin nachweisbar ist. Alle andern Symptome völlig geschwunden. Ob die Besserung als Erfolg der angewandten Therapie oder als spontane Remission aufzufassen ist, bleibt fraglich. Jedenfalls sollten Röntgenbestrahlungen der Thymusgegend und monatelange Kalziumgaben bei der prognostisch sonst so ungünstigen Krankheit stets versucht werden. — Bei einigen am 10. Februar 1921 im Henriettenstift von Prof. *Oehler* zu diagnostischen Zwecken exzidierten Muskelstückchen ergab die mikroskopische Untersuchung (Prof. *Stroebe*) eine Vermehrung der Sarkolemmkerne, die auf Längsschnitten stellenweise auffallend lange, ungeteilte Kernbänder bildeten. Ferner waren auf einigen Schnitten kleine Rund-

zellenherde (50—100 Zellen), von einem Gefäß ausgehend und in das interstitielle Gewebe zwischen den Primitivbündeln eindringend, zu sehen (Demonstration eines solchen Herdes).

In der Diskussion betont *Schultze*-Göttingen das Unheimliche der Krankheit. Bei einem Kranken habe er eine Remission von 23 Jahren beobachtet. Mit Remissionen von ein paar Jahren könne man häufiger rechnen. Nach seiner Beobachtung komme die Krankheit nicht so häufig vor, wie *Lewandowsky* annehme.

Bunnemann-Ballenstedt: Über die Psychogenese einiger körperlicher Krankheitserscheinungen.

B. verwandte zum Nachweis der Psychogenese mehrfacher körperlicher Krankheitserscheinungen, nachdem es geglückt war, das betreffende Symptom in Hypnose zu beseitigen, das Experiment, es in Hypnose wieder hervorzurufen, was oft noch nach Jahresfrist glückte, sodann die Palimnese nach *Kohnstamm*, die geeignet ist, den besonderen ideellen Inhalt eines determinierenden Angstkomplexes aufzudecken. Es handelte sich zunächst um mehrere Fälle von Fluor albus, die sich mit diesen Methoden als psychogen erweisen ließen. Determinierend war 1. Angst vor Unterleibskrebs, 2. Angst vor Infektion beim Coitus mit dem infolge von Lues erblindeten Manne, 3. Angst vor Infektion und ethisch-sozialer Schädigung bei einem Versuche von Vergewaltigung, 4. praenuptiale sexuelle Traumen. Zu erklären sind die gemachten Erfahrungen nicht, wenn man nicht in jedem Falle einen inneren Faktor zwischen Ursache und Wirkung annimmt, der sowohl vonseiten der Gonokokken als auch vonseiten des Hypnotiseurs beeinflußbar ist und in verschiedener Intensität sowohl in Richtung auf die Portio als auch auf visuelle und aurale Sinneserwägungen eingestellt sein kann. Danach ist der Unterschied zwischen bakteriellem und psychogenem Fluor nur ein formaler, verschieden ist der Ort des Angriffs und der Weg, in jedem Falle handelt es sich um einen organischen Abwehrmechanismus, für den nicht die Schädigung an sich, sondern so, wie sie sich subjektiv einstellt, die Annahme, Vorstellung, Voraussetzung, Befürchtung der Schädigung maßgebend ist. — *B.* berichtet weiter über mehrere Hautaffektionen, die sich mit gleichen Methoden als psychogen erweisen ließen. Ein Fall von impetiginösem Ekzem; die Impetigopusteln enthielten zahlreiche Staphylokokken, die Palimnese versagte, das Symptom ließ sich aber nach 1¼ Jahren der Heilung wieder floride hervorrufen und abermals nur durch hypnotische Behandlung beseitigen. Ein Fall von urtikaartigen Erscheinungen auf Grund der angstvollen Annahme einer luischen Infektion im Blute und ein Fall von bisher unbekannter Phlebektasie als Ausdruck des Grauens im Anschluß an eine venöse Blutung am Handgelenk, die mit der Absicht des Suizids selbst hervorgerufen war. Handelte es sich in den andern Fällen um Zwecktätigkeiten, so in dem letzteren Falle um eine reine Ausdruckstätigkeit. Über die psychogenen Dermatosen wird noch berichtet werden, über psychogenen Fluor siehe Therapie der Gegenwart, April 1921.

Richard-Göttingen: Fragestellungen aus der klinischen Systematik. Über die klinische Stellung von Paranoia, Hysterie und



manisch-depressivem Irresein wird ein Überblick gegeben und an Hand der wissenschaftlichen Meinungskämpfe gezeigt, wie umstritten die Frage der Krankheitseinheit für Paranoia und Hysterie ist, wie wenig festgelegt auch ihre Einzelsymptome nach psychologischer Bedingtheit und Dignität sind, während das manisch-depressive Irresein so sehr an Boden gewinnt, daß es eine mehr und mehr beherrschende Stellung einnimmt. Nachdem darauf hingewiesen ist, wie sehr in den letzten Jahren *Freuds* Psychoanalyse, *Jaspers* Unterscheidung zwischen kausalen und verständlichen Zusammenhängen und *Bonhoeffers* exogene Reaktionstypen an Bedeutung für die Systematisierung der Psychosen gewonnen haben, wird mit *Kraepelins* Worten, wie er sie in „der Erforschung psychischer Krankheitsformen des Irreseins" angeführt hat, auf die Schwächen des bestehenden Systems unter Würdigung seiner hohen Bedeutung für die Forschung hingewiesen. *Birnbaums* „Aufbau der Psychose" und *Kretschmers* „Sensitiver Beziehungswahn" sowie seine „mehrdimensionale Diagnostik" werden eingehend besprochen und gezeigt, daß sich in ihrem Vorgehen neue Wege öffnen, die es ermöglichen, im Sinne der *Gaupp*schen Typenbildung zu einer wirklichkeitsangepaßten und feiner differenzierten Gruppierung der Krankheitsformen zu kommen, die andrerseits auch neue Gesichtspunkte für die Bewertung der Einzelsymptome und die bisherige Betrachtungsweise in der Systematik geben.

In der Diskussion bemerkt *Hoppe*, es sei falsch, wenn man glaube, daß man in der Psychiatrie auch ohne Philosophie auskommen könne.

Rehm wünscht dagegen, daß die psychologischen Momente etwas mehr zurückgestellt würden, und daß man sich mehr auf eine materielle Basis mit Berücksichtigung der Konstitution stützen solle.

Dem entgegnet *Richard*, daß gerade das starre Festhalten an bestehenden Grundsätzen die Schwierigkeiten in der klinischen Systematik so sehr vermehrt, hingegen das Hineintragen und höhere Bewerten psychologischer, biologischer, charakterologischer Gesichtspunkte eine Entwirrung der bestehenden Meinungsverschiedenheiten ermöglichen wird.

F. Stern-Göttingen. Die klinische Eigenart der epidemischen Enzephalitis.

In den zahlreichen in- und ausländischen Arbeiten über die epidemische Enzephalitis wird die außerordentliche Variabilität und Polymorphie der Symptome stets von neuem betont, das „klassische" Bild, das *Economo* zeichnete, ist verwischt, und man könnte an der Möglichkeit zweifeln, klinische Typen aufzustellen, die eine nosologische Abgrenzung von andern Enzephalitiden, insbesondere der „Grippeenzephalitis" *Strümpell-Leichtensterns*, ermöglichen. Nach Einsicht in die Literatur und das Göttinger Material, das sich zurzeit auf 52 diagnostisch genügend gesicherte Fälle erstreckt, ist Vortr. zu der Überzeugung gekommen, daß eine klinisch-nosologische Abgrenzung durchaus möglich ist, wenn man die theoretisch notwendige Vorbedingung erfüllt, die gefundenen Symptome und Verlaufsarten einer Wertigkeitsprüfung zu unterziehen, wenn man sich also unter Ausschaltung der Begrenztheiten des eigenen Materials in der Bewertung der klinischen Erscheinungen nur von den in allen Epidemien immer wieder auftretenden Gewohnheitserscheinungen leiten läßt



und auch hierbei wieder den prädominierenden charakteristischen Herderscheinungen gegenüber den vielen Krankheiten gemeinsamen banalen Allgemeinerscheinungen des Zentralnervensystems oder Gesamtorganismus eine Sonderstellung einräumt. Die charakteristischen Herderscheinungen bilden den Ausdruck der anatomischen Prävalenz der Lokalisation des entzündlichen Krankheitsprozesses, während die akzidentellen Herderscheinungen, die seltenen Zufallslokalisationen meist einem Überfließen der Entzündungsherde aus dem Prädilektionsgebiet in weiter oral, kaudal usw. gelegene Gebiete ihre Entstehung verdanken, klinisch-diagnostisch interessant, nosologisch bedeutungslos sind.

Vortr. erörtert sodann zunächst die Eigenarten des Krankheitsbeginns, die darum bemerkenswert sind, weil gegenüber dem Gewohnheitsbeginn, meist leichtem „grippösen" Vorstadium, dem auffallend häufig ein klinisch latente Pause folgt, Erkrankungen an epidemischer Enzephalitis im Verlauf schwerer katarrhalisch-pulmonaler Grippe und überstürzt apoplektiformer Beginn, selbst Beginn mit Schüttelfrost und hohem Fieber auffallend selten sind (gegenüber dem Beginn der „akuten hämorrhagischen Enzephalitis) und auch dem schleichenden Beginn mit psychisch-nervösen Erscheinungen meist ein Stadium kurzer und leichter, fieberhafter Erkrankung uncharakteristischen Gepräges vorausgegangen ist. Die Einzelsymptome im Akmestadium werden nach folgenden Gesichtspunkten gruppiert: 1. Hauptsymptome: die charakteristischen herdartigen Reiz- und Ausfallsymptome, die in allen Schüben der Gesamtepidemien immer wieder feststellbar sind und in manchen Teilepidemien in großen Serien für sich epidemisch gehäuft auftreten. 2. Habituelle Allgemeinstörungen des Zentralnervensystems und Gesamtorganismus. 3. Häufige und oft wichtige Begleitsymptome. 4. Akzidentalerscheinungen.

Die vierte Gruppe enthält ein wichtiges negatives Merkmal insofern, als hier Symptome mit enthalten sind, die bei der epidemischen Enzephalitis zum Teil auffallend selten, bei andern Hirnerkrankungen, auch Enzephalitiden, häufig auftreten, nämlich: a) die supranukleären, insbesondere kapsulären und suprakapsulären Lähmungen der Pyramidenbahn, b) verschiedenartige kortikale Ausfallerscheinungen, wie Aphasie, c) sensible Ausfallerscheinungen, d) echte kortikal lokalisierte Reizerscheinungen. Vielleicht gehört hierher auch die Seltenheit von Stauungspapille und Neuritis optica.

Die Hauptsymptome zerfallen in 3 Gruppen: 1. Die flüchtigen, dissoziierten nukleären Hirnnervenlähmungen. 2. Die charakteristischen Veränderungen des Bewußtseins, insbesondere die echten Schlafzustände, die als Herdsymptom des Mittelhirns anerkannt werden und in etwa 40 % aller ausgesprochenen Enzephalitisfälle ausgesprochen sind. 3. Die extrapyramidalen Störungen der motorischen Funktionen, die in 3 Formen auftreten:

a) Die Asthenie der Körpermuskulatur in akuten Stadien, namentlich der klassisch lethargisch-ophthalmoplegischen Form, eventuell mit leichten kataleptischen Symptomen, oft als Atonie imponierend, die auf die Läsion des roten Kerns oder der einstrahlenden Bindearmbahn zurückgeführt werden kann. Das häufige Vorkommen der Trias Augenmuskellähmungen, Schlafzustände, Gesamtasthenie bei Erkrankungen des



Höhlengraus und der Haubengegend, schon von *Mauthner* erkannt, stellt ein wichtiges, neu zu würdigendes Mittelhirnsymptom dar.

b) Die hyperkinetischen irritativen Erscheinungen, die schwere, bis zum motorischen Austoben gehende Chorea, die rhythmisierten klonischen (myoklonischen) Zuckungen, katatonoide Hyperkinesen, meist bei schwer toxisch erkrankten, häufig deliranten Kranken, infolge verschiedener Lokalisation, zum Teil eine Folge von herdförmigen Ausfall- (Enthemmungs-) erscheinungen in Verbindung mit allgemein toxischer Irritationswirkung.

c) Die eigentlich „amyostatischen" Ausfallerscheinungen, starre und verschiedenartige Pseudospontanbewegungen, die kurz geschildert und bezüglich ihrer anatomischen Fundamentierung erörtert werden. Bemerkenswert ist die Häufigkeit einiger Begleitsymptome bei diesen Erscheinungen, namentlich den chronisch amyostatischen Formen: 1. Die Retentio urinae. 2. Störungen der vegetativen Funktionen, Speichelfluß, Salbenhaut, Schweiße, eventuell sehr lokalisiert, mitunter starke Pilokarpinüberempfindlichkeit. 3. Zentrale Schmerzen.

Die lokalisatorische Bedeutung dieser Erscheinungen wird ebenfalls kurz erörtert, alsdann eine kurze Beschreibung der lokalisatorisch uncharakteristischen andern häufigen Begleitsymptome (Reflexstörungen, Ataxie), der gelegentlichen spinalen Beteiligung und der habituellen Allgemeinstörungen (Fieber, psychische Alterationen, Blut- und Liquorbefunde usw.) gegeben. In der Gruppierung der Einzelformen der epidemischen Enzephalitis muß man vorsichtig sein, um nicht dem Fehler zu verfallen, selteneren Syndromen eine ungebührliche Rolle zu verleihen. Vortr. trennt nur die klassische akute mesenzephale Form ab von der durch große Epidemien ausgezeichneten schweren irritativ-hyperkinetischen und der chronisch-amyostatischen Form, die in der letzten Zeit immer häufiger wird und auch in Göttingen, wie *E. Schultze* bereits mitteilte, außergewöhnlichen Umfang angenommen hat. Zum Schluß werden einige charakteristische Verläufe geschildert, auf die engen, aber doch gegenüber der Entstehung der sog. „Grippeenzephalitis" ganz andersartigen Zusammenhänge der epidemischen Enzephalitis mit der pandemischen Grippe kurz hingewiesen. (Ausführliche Darstellung an anderer Stelle.)

Willige-Ilten berichtet über Fälle von amyostatischem Symptomenkomplex nach Enzephalitis. 3 Kranke werden vorgestellt. 1. ein 12 jähriges Mädchen, welches das typische Bild einer Paralysis agitans mit geringem Tremor zeigt. 2. eine 34 jährige Frau, welche seit Januar 1921 in rasch zunehmendem Grade steifer und bewegungsärmer wurde und jetzt das ausgesprochene Zustandsbild einer hochgradigen Paralysis agitans darbietet. 3. ein 22 jähriger junger Mann, der seit etwa 1 Jahre stiller und unbeweglicher wurde und jetzt auf den ersten Blick den Eindruck eines Katatonikers macht, bei genauer Prüfung aber nichts Psychotisches aufweist, sondern nur eine starke Rigidität der Muskulatur mit Verlangsamung der Bewegungen und Bewegungsarmut. — Der sichere Nachweis eines Zusammenhanges der vorliegenden Erkrankungen mit einer Enzephalitis ist nicht in allen Fällen zu erbringen, jedoch ist die Erkrankung in dem dritten Falle angeblich im unmittelbaren Anschluß an eine Grippe aufgetreten, und in dem ersten Falle ist das jetzige Leiden




direkt nach einer fieberhaften, mit Gliederzuckungen einhergehenden, ursprünglich als Veitstanz bezeichneten. Erkrankung ganz allmählich entstanden. In dem zweiten Falle ist im Jahre 1918 eine Grippe dagewesen, dann aber lange Zeit angeblich völlige Gesundheit, im Herbst 1920 hysterisch-neurasthenische Beschwerden (fachärztlich festgestellte, sicher noch nichts Amyostatisches) und seit Anfang 1921 in schneller Entwicklung die jetzige Erkrankung.

Grütter-Langenhagen berichtet über 4 Fälle von Encephalitis epidemica, die auch histologisch genau untersucht wurden. Klinisch bot ein Fall das Bild schwerer Hemmung mit Bewegungsarmut, der zweite das der Chorea, in den beiden letzten Fällen mischten sich mit den Störungen des extrapyramidalen Systems ausgesprochene psychische Erscheinungen, zum Teil katatoner Art. In einem Falle Augenmuskellähmung, in 2 Fällen träge Pupillenreaktion, in einem Falle zerebrale Krampfanfälle. Kein nachweisbarer Zusammenhang mit Grippe. In 3 Fällen verminderte Widerstandsfähigkeit des Zentralnervensystems. Makroskopischer Gehirnbefund in allen Fällen minimal: leichte subpiale Blutung in einem Falle, mäßiges Hirnödem in 2 Fällen, leichte Konvexitätsmeningitis in 1 Falle. Mikroskopisch werden die Befunde von *Economo*, *Stern*, *Groß* u. a. im ganzen bestätigt. In 2 Fällen, die klinisch mit psychischen Symptomen, insbesondere auch starker Trübung des Sensoriums kompliziert waren, fand sich als Ausdruck schwerer toxischer Wirkungen über das ganze Gehirn gleichmäßig ausgedehnte fettig-pigmentöse Entartung der Ganglienzellen, der schwere Abbauvorgänge entsprachen. Unter dem lähmenden Einfluß dieser Toxinwirkung war es in diesen beiden Fällen zu einer ausgeprägten fleckweisen Reaktion des Gewebes nicht mehr gekommen. (Die Arbeit erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Rehm-Ellen: Kolloide in den Körperflüssigkeiten Geistes- und Nervenkranker.

Vortr. berichtet über seine Untersuchungen an Blut, Liquor und Harn. Die Flüssigkeiten wurden mit gleichen Mengen Toluol, Benzol, Xylol und Benzin ausgeschüttelt; dabei bildet sich unter Umständen an der Grenzfläche als Anreicherungserscheinung Gallerte, Schaum bzw. Häutchen. In der unteren Schicht der Körperflüssigkeit tritt eine mehr oder weniger starke Trübung auf. — Die Häutchenbildung ist in den 3 Flüssigkeiten fast ausnahmslos zu beobachten, im Dunkelfeld erscheint eine faserige Substanz, in die unter Umständen zelluläre Elemente, die man auch färberisch darstellen kann, eingeschlossen sind. Die Schaumbildung hängt von Verhältnissen ab, welche noch nicht übersehen werden können, bei starkem Kolloidgehalt versteift sich der Schaum zu einer Gallerte, so daß das Reagenzglas umgekehrt werden kann. — Außer dieser Schaumbildung ist im Blut und Liquor ein Kolloid von einem andern Dispersionsgrad regelmäßig, aber in sehr verschiedenem Grade zu beobachten. Bei organischen Fällen findet sich dieses in besonders starkem Maße im Liquor. Die Trübung der ausgeschüttelten Körperflüssigkeit weist große, eine gewisse Regelmäßigkeit zeigende Unterschiede auf. Sie fehlt bei funktionellen Fällen, bei Hirnlues und bei seniler Demenz im Blutserum, findet



sich sehr stark bei Paralyse und Arteriosklerose. Im Liquor der senilen Demenz fehlt sie. Es wäre demnach eine Möglichkeit geschaffen, Fälle von Hirnarteriosklerose von funktionellen zu unterscheiden, was zweifellos von erheblicher klinischer Wichtigkeit wäre. — Anwesenheit von größeren Mengen Blut stört die Reaktionen. (Ausführliche Veröffentlichung der bisherigen Resultate erfolgt.)

Dr. *Bremer*-Göttingen: Arbeitsversuche in der Neurologie.
Durch die einfache neurologische Untersuchung wird ein sicherer Einblick in die durch den Unfall hervorgerufene Schädigung nicht immer gewonnen. Es gilt also, aus der Verlegenheitsbegutachtung heraus nach den objektiven Begutachtungsfaktoren zu suchen, die über die morphologische Prüfung des Patienten hinaus seine wahre Leistungsfähigkeit ermitteln sollen. In der Göttinger Nervenklinik sind eine Reihe von Arbeitsprüfungen erprobt worden. Am brauchbarsten erwies sich der von *Poppelreuter* inaugurierte Eimerhebeversuch, bei dem ein Wassereimer von 11 kg Gewicht im 5-Sekundentempo bis zur völligen Erschöpfung hochgehoben werden muß. Das Neue lag bei unseren Versuchen darin, daß nicht nur Hirnverletzte, wie bei *Poppelreuter*, sondern alle möglichen Kranken den Eimer heben mußten. — Zusammenfassung der Ergebnisse aus 70 Prüfungen: 1. Bei Aggravationsverdacht hat sich der Eimerhebeversuch bewährt; 11 von 70 Kranken hoben den Eimer bis zu 8 Malen, 3 hoben ihn kein einziges Mal. 2. Es gelingt oft, zu erkennen, inwieweit bei der Hysterie plumpe Aggravation mitspielt. 3. Die wenigsten Psychogenen kommen über 20 Hebungen hinaus. 4. Bei der Suggestibilität der Psychogenen gelingt es oft, mit fester Kommandostimme den ganzen hysterischen Komplex zu übertönen und so recht hohe Hebeleistungen zu erzielen (132-, 117-, 194 mal). Hierdurch kann man auch der Laienwelt, Berufsgenossenschaft usw. beweisen, daß das Leistungsvermögen des Patienten nicht erloschen ist. 5. Bei Hysterikern mit Anfällen gelingt es oft, durch den Eimerversuch einen Anfall zu provozieren. 6. Bei 12 Fällen von posttraumatischer Leistungsschwäche konnten wir *Poppelreuter*s Resultate bestätigen. 7. Der genuine Epileptiker hebt den Eimer etwa gleich dem Normalen; es gelingt nicht, bei traumatischer Epilepsie einen Anfall zu provozieren. 8. Bei Debilen und Imbezillen finden wir ein maschinenmäßiges, ruhiges Arbeiten, das meist zu recht hohen Hebungsziffern führt. 9. Die Differenz der Pulsfrequenz vor und nach der Arbeitsleistung ergab keine eindeutigen Resultate. *Pförtner*-Lüneburg.

96. Ordentliche Hauptversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 25. Juni 1921 in Köln.

Vorsitzender: *Aschaffenburg*.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Berg*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Bodet*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Ennen*, *Fabricius*, *Fuchs*, *Geller*, *Hauser*, *Hawestadt*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Kentenich*-Gladbach, *Kirschbaum*, *Kloth*, *König*, *Koester*, *Kupfernagel*, *Liebmann*, *Linzbach*, *Löb*, *Lückerath*,



Marx, *Mörchen*, *Neuhaus*, *Oppenheimer*, *Partenheimer*, *Peretti*, *Raether*, *Recktenwald*, *Schmitz*-Bonn, *Schneider*-Köln, *Sioli*, *Sostmann*, *Toedter*, *Tögel*, *Trapet*, *Umpfenbach*, *Vorbrodt*, *Voß*, *Weinbrenner*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wildenrath*, *Witte*.

Als Gäste anwesend: *Barghoorn*-Bonn, *Benthaus*-Köln, *O. Cahn*-Düsseldorf, *Cords*-Köln, *Genneper*-Essen, *Heß*-Köln, *Kirchner*-Düsseldorf, *Meyer*-Bonn, *Stammen*-Köln, *Fr. v. Todtenwart*-Bonn, *Trüb*-Bonn, *Westermann*-Köln.

Zum Eintritt haben sich gemeldet: Dr. *Genneper*-Essen-Ruhr, Dr. *Lowe*-Herchen a. d. Sieg, Dr. *Meyer*-Bonn.

Der Vorsitzende teilt mit, daß der Reg.- und Geh. Med.-Rat *Rusak*-Köln aus dem Verein ausgetreten und sein Nachfolger, Reg.- und Med.-Rat *Döllner* dem Verein wieder beigetreten ist. Durch Akklamation werden in den Vorstand des Vereins gewählt: Geh. San.-Rat Dr. *v. Ehrenwall*-Ahrweiler und Nervenarzt Dr. *Voß*-Düsseldorf.

Es folgen die Demonstrationen und Vorträge:

Kirschbaum (Köln) stellt fünf Fälle von Persönlichkeitsveränderung nach Enzephalitis epidemica vor. Alle 5 Patienten, Kinder im Alter von 5—14 Jahren, erkrankten an einer typischen Enzephalitis. Im Anschluß hieran boten die Kinder eigenartige Veränderungen. Zwei von ihnen waren eine Zeitlang aggressiv, ungebärdig; ein drittes bot das Bild des moralischen Schwachsinnes, der vierte Pat. war hypomanisch zu allem Unfug aufgelegt, der fünfte depressiv, mit Selbstmordgedanken. Im Anschluß an die Demonstration Erörterung der Prognose, die nicht mit Sicherheit gestellt werden kann, da Veränderungen nach jeder Richtung hin vorkommen können. Bis jetzt sind solche Persönlichkeitsveränderungen nur bei Kindern beobachtet worden; möglicher Zusammenhang zwischen jugendlichem Gehirn und Schädigung. Keine besonderen Intelligenzdefekte. Kurz gestreift wird die Bedeutung für die Zukunft. — Forensische Begutachtung, Unterbringung, Erziehung.

Fr. O. Heß (Köln) als Gast zeigt zwei Kranke mit Folgezuständen nach Encephalitis epid. acuta: ein 16jähriger Pat. mit den Erscheinungen einer Paralysis agitans s. a., außerdem geringer wechselnder Ptosis; keine Reflexstörungen, Intelligenz gut.

Ein 34jähriger Pat. mit myoklonischen Zuckungen, amyostatischem Symptomenkomplex, schweren psychischen Veränderungen und solchen des Geschlechtslebens und Reflexanomalien: Oppenheim, Babinski rechts positiv; beiderseits absolute Pupillenstarre bei mittlerer Weite und hochgradiger Konvergenzparese. Der Zustand dieses Pat. hat sich in den letzten Monaten noch verschlimmert[1]); auch bei ihm scheint sich ein paralysis agitans-ähnlicher Zustand auszubilden. *H.* betont besonders, daß man wohl bei manchen Pat., die eine Enzephalitis scheinbar überstanden haben, noch mit Verschlimmerungen wird rechnen müssen; ferner weist er auf den raschen Wechsel der Augenstörungen beim gleichen Pat., oft innerhalb eines Tages hin.

[1]) *Fr. O. Heß*, M. m. W. 1921, S. 481 (Pat. St. Nr. 9).



Diskussion:

Westphal (Bonn): Auch unsere Erfahrungen in Bonn über psychische Störungen bei Kindern[1]) infolge von Grippeerkrankungen eigen. eigenartige Veränderungen der Persönlichkeit, ähnlich den von Herrn *Kirschbaum* demonstrierten. Wir sahen in mehreren Fällen ausgesprochene Charakterveränderungen entstehen. Die Kinder wurden boshaft, aggressiv, lügnerisch. Während sich die Störungen im allgemeinen auf die gemütliche Sphäre beschränkten, waren sie in einem Fall von ausgesprochenen Störungen der Intelligenz begleitet. Der 14-jährige, vor der Grippe gutartige und intelligente Knabe wurde ein wahres Monstrum von Frechheit, Ungezogenheit, verlogenem und boshaftem Wesen, so daß selbst seine Bewachung auf der unruhigen Abteilung mit Schwierigkeiten verbunden ist, besonders wegen häufiger, mitunter auch homosexueller Attacken auf andere Kranke, bei denen er einmal das Skrotum eines Kranken schwer verletzte. Die Prüfung der Intelligenz des Knaben ergibt eine sehr erhebliche Schwächung derselben.

Von körperlichen Symptomen bestehen zur Zeit noch eine Parese des l. M. rectus int., Nystagmus und eine Pupillenstarre auf Licht und Konvergenz (absolute Pupillenstarre). In diesem Falle weisen die somatischen Erscheinungen deutlich darauf hin, daß auch die psychischen Störungen als Folge der Grippeenzephalitis aufzufassen sind. Über die Prognose läßt sich sicheres noch nicht aussagen, doch bestehen bei dem Knaben die Störungen schon ein Jahr, ohne daß bisher eine Besserung eingetreten wäre.

Was die Pupillenstörungen bei der Grippeenzephalitis betrifft, ist der erwähnte Fall der einzige, bei dem wir bisher eine dauernde absolute Pupillenstarre feststellen konnten. In allen anderen bisher beobachteten Fällen handelt es sich um die wechselnde absolute Pupillenstarre, d. h. um einen ganz regellosen Wechsel von Pupillenstarre mit prompter oder herabgesetzter Lichtreaktion, nicht selten mit wechselnder Anisocorie einhergehend, in ähnlicher Weise wie sie von *Heß* beschrieben worden ist. Fast ausnahmslos war die Pupillenstarre durch Druck auf die Iliakalgegend (*E. Meyer*) oder durch kreuzweis ausgeführten starken Händedruck (*Redlich*) prompt hervorzurufen. Unter dem Bilde der Paralysis agitans einhergehende Fälle zeigten die Pupillensymptome besonders deutlich. Bemerkenswerterweise waren sie auch im Rekonvaleszenzstadium mancher Fälle von Encephalitis epidemica lange Zeit nachweisbar, wie das schon von *Redlich* für sein Symptom hervorgehoben ist.

In einer demnächst erscheinenden Arbeit (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bl. 68) ist von *W.* der Versuch gemacht, die Entstehung dieser Pupillenphänomene dem Verständnis näherzubringen.

Hübner (Bonn): Ein Teil der psychisch abnormen Enzephalitiskinder bessert sich ähnlich wie bei der Chorea minor, d. h. die Stimmungs-

[1]) Über psychische Veränderungen nach Grippeenzephalitis bei Kindern in den ersten Lebensjahren ist von mir in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 10. V. 20 berichtet worden. (Referat Deutsche med. Wschr. 1920, Nr. 37.)





anomalien, die ethischen Auffälligkeiten und der scheinbare Rückgang der intellektuellen Fähigkeiten gleicht sich in 3—12 Monaten aus. Daneben gibt es Fälle, in denen die Enzephalitis nicht zum Stillstand kommt, sondern schleichend fortschreitet. Dann können dauernde Intelligenzdefekte entstehen.

Die Prognose der Enzephalitis im allgemeinen ist gleichfalls sehr verschieden. Neben Fällen, die in 2—3 Tagen ablaufen, gibt es andere, die nach der Entfieberung jahrelang ganz langsam aber stetig fortschreiten. *H.* hält z. B. die Fälle, in denen nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen Haltungsanomalien im Sinne der Paralysis agitans auftreten, zum größten Teil für progressiv. Er hat auch hemiplegische Formen gesehen. Ferner kommen Epilepsien nach Enzephalitis vor. Auch chronische Krankheitsbilder, die der multiplen Sklerose ähnelten, hat *H.* beobachtet.

Das Fieber kann mehrere (8—10) Monate nach Beginn der Erkrankung aufflackern. Solche späten Nachschübe sind prognostisch besonders ungünstig. Viele Monate nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen ist in manchen Fällen Anämie und Schwächegefühl bei objektiv verminderter Leistungsfähigkeit und Erschwerung des Denkens nachzuweisen.

Cords (Köln) hält auf Grund eigener Erfahrungen und des Studiums der Weltliteratur die reflektorische Starre für außerordentlich selten; in meist prognostisch ungünstigen Fällen mit Miosis ist sie zuweilen vorgetäuscht. Das von *Westphal* gezeigte Phänomen hält er für sehr interessant; er glaubt, daß infolge Herabsetzung der Licht- und Konvergenzwirkung auf dem Wege des Sympathikus gebildete Impulse (besonders auf sensible Reize) eine besondere Überwertigkeit erlangen und so zu der Starre führen.

Löwenstein (Bonn) berichtet über experimentelle Untersuchungen, in denen er versucht hat, dem Wechsel der Pupillenveränderungen in solchen Fällen nachzugehen, die den von den Herren *Westphal*, *Heß* und *Cords* erwähnten analog waren. Entsprechende Kranke würden systematisch unter Suggestivreize gesetzt; dabei konnte — ähnlich wie früher bei gewissen Fällen von katatonischer Pupillenstarre (Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, Heft 4, 1920) beobachtet werden, daß es ganz bestimmte, regelmäßig wiederzuerzeugende Bewußtseinszustände waren, bei denen die Pupillenstarre als körperliche Begleiterscheinung auftrat. Unter den in Frage kommenden Bewußtseinszuständen waren es besonders die Gefühlszustände der Unlust und vor allem die der unlustbetonten Spannung (Furcht), durch die die lichtstarren weiten Pupillen experimentell am regelmäßigsten erzeugt werden konnten. Die Beobachtungen wurden unterstützt durch die subjektiven Angaben der — nicht intelligenzgestörten — Kranken, sowie durch die objektive Registrierung der Ausdrucksbewegungen in Atmung, Puls und Muskelspannungszuständen. Vergleichende Messungen, die sich auf den Grad der Veränderungen im Muskelspannungszustand einerseits, das Maß der Pupillenveränderungen andrerseits bezogen, führten — ähnlich wie in Fällen von katatonischer Pupillenstarre — zu der Überzeugung, daß es nicht möglich sei, Pupillenveränderungen und Änderungen im Spannungszustand der Muskulatur



:ch einander zu erklären, sondern daß beide anzusehen seien als gleichtige Ausdruckssymptome des gleichen Bewußtseinszustandes und daß als durch gleichsinnige zentrale Veränderungen unmittelbar be-:gt angesehen werden müssen.

Löwenstein (Bonn). Über experimentelle pathologische Tat-standsdiagnostik. — Mit Lichtbildern.

Zeigt an Hand von psychophysischen Experimenten, daß die Prome der psychologischen Tatbestandsdiagnostik nicht in einer Form bar sind, durch die ihre durchgängige Verwendbarkeit in der Praxis vährleistet würde; sowohl für solche Delikte, die dem Bereiche des unden Seelenlebens entspringen, als auch für solche, die in pathologiien Äußerungsformen gegründet sind; daß aber die durch sie angehnte Komplexforschung sowohl für die Beurteilung des Motivs als auch : die Beurteilung der Voraussetzungen des § 51 RStrGB. von großer ·deutung sein kann, weil ihre Methodik Hinweise gibt für die Beurlung der Affekterregbarkeit, der Suggestibilität, des Verhaltens der ·innerung und anderer wichtiger Faktoren. Aus den irrtümlichen Vorssetzungen, die die empirische Durchführung der Tatbestandsdiagnostik ıfgedeckt hat, erwächst eine neue Forderung: die Forderung nach dem perimentellen Nachweis der „Tatbestandsmäßigkeit" einer Handlung, weit die Tatbestandsmerkmale von subjektiver Natur und der Ausıß eines pathologischen Seelenlebens sind.

Diskussion:

Voß (Düsseldorf): In der vorsichtigen Bewertung der Tatbestandsagnostik stimme ich völlig mit Herrn *Löwenstein* überein. Neuere kriti:he Arbeiten — z. B. *Kehrer* — mahnen zu großer Vorsicht bei Beur·ilung der physischen Begleiterscheinungen psychischer Zustände. Dem ssoziationsversuch lege ich auf Grund 20jähriger Erfahrung große inividual-psychologische Bedeutung bei. Auch habe ich mich seiner ohne ·gliche andere Hilfsmittel mit Erfolg zur Tatbestandsdiagnostik bedient.

Es ist möglich und zu hoffen, daß die so verfeinerte Methode des Ierrn *Löwenstein* bessere Ergebnisse liefern wird, als die früheren Veruche, es ist nur zu bedauern, daß der heutigen Zeiten wegen die technichen Schwierigkeiten eine Nachprüfung fast unmöglich machen. Selbst ·ine noch so sehr verfeinerte Technik kann die Schwierigkeiten, die der Verwendbarkeit der Tatbestandsdiagnostik im Normalen wie im Pa-hologischen entgegenstehen, nicht fortschaffen, weil diese Schwierig-keiten nicht von technischer, sondern von prinzipieller Natur sind. Sie beziehen sich auf die prinzipielle Unmöglichkeit einer eindeutigen Zuordnung der erzielten Resultate zu dem objektiven Tatbestand, diese Unmöglichkeit aber schließt die praktische Verwendbarkeit der Methode ein für allemal aus. Die subjektive Wendung der experimentellen Fragestellung, die nicht mehr von der Feststellung ausgeht, ob ein Angeklagter eine Tat begangen hat, sondern die fragt, ob eine begangene Tat nach den subjektiven Tatbestandsmerkmalen den Tatbestand eines Gesetzesparagraphen erfüllt, scheint mir diejenige Form zu sein, in der allein eine Tatbestandsdiagnostik praktisch anwendbar bleibt. —



Meyer (Bonn): Über die diagnostische Bedeutung der Reflexe an den oberen Extremitäten.

Vortragender weist darauf hin, daß aus der großen Anzahl von Reflexphänomenen der oberen Extremität, die in den beiden letzten Jahrzehnten beschrieben wurden, nur sehr wenige klinisch-diagnostische Bedeutung erlangt haben. Um so größere Aufmerksamkeit müssen die Veröffentlichungen *Léris* und *C. Mayers* über zwei neue Gelenkreflexe an der oberen Extremität beanspruchen.

Das *Léri*sche Handvorderarmzeichen löst man dadurch aus, daß man zuerst die Finger gegen die Hohlhand, dann die ganze Hand gegen den Unterarm beugt und dadurch eine Kontraktion der Mm. Biceps und Brachioradialis erzielt. Der *Mayer*sche Fingergrundreflex besteht in einer Opposition und Beugung, häufig auch Adduktion des Daumens bei maximaler Beugung eines Fingers, am besten des Mittelfingers im Grundgelenk.

In jüngster Zeit hat *Goldstein*-Halle (Zeitschr. f. d. ges. Psych. und Neurol. Bd. 161, 1920) eine Nachprüfung beider Phänomene veranstaltet.

Die praktisch wichtigsten, das *Léri*sche Phänomen betreffenden Resultate sind folgende: Es ist bei Gesunden in ca. 98 % auslösbar. Bei Neurosen ist es im allgemeinen gesteigert. Bei zerebrospinalen Herderkrankungen verhält es sich wie das Babinskische Zeichen, es erweist sich als ein Pyramidenbahnsymptom von besonderer Feinheit. Bei progressiver Paralyse und schizophrenen Erkrankungen ist es nur in geringer Prozentzahl normal auslösbar, im epileptischen Anfall fehlt es regelmäßig.

Eigene Untersuchungen an der Bonner Klinik ergaben weitgehende Übereinstimmung mit den *Goldstein*schen Befunden bei Nervengesunden, Neurosen, Pyramidenbahnerkrankungen und im epileptischen Anfall. Bei Schizophrenie und Paralyse konnte nur eine größere Variabilität in der Stärke der Erfolgskontraktion, kein häufiges Fehlen konstatiert werden.

Die Tatsache nun, daß die Erfolgskontraktion bei Nervengesunden stets zeitlich abhängig war von einer mehr oder weniger lebhaften Schmerzempfindung, ferner die Feststellung, daß bei Frauen ganz regelmäßig das Phänomen viel lebhafter ablief als bei Männern (eine Folge der größeren Irritabilität der Schmerzempfindung bei den ersteren), legten die Möglichkeit nahe, daß das Handvorderarmzeichen nicht ein echter Reflex, sondern eine Schmerzreaktion ist. Auch von diesem Standpunkte aus läßt sich das Verhalten des Phänomens in den verschiedenen normalen und pathologischen Verhältnissen ganz zwanglos erklären.

Die nähere Begründung dieser Ansicht ist enthalten in einer demnächst in der Zeitschrift für die ges. Neurol. und Psych. erscheinenden Arbeit.

Hübner (Bonn): Über gesetzliche Eheverbote und über die psychiatrische Beratung in Ehesachen und bei Adoptionen.

Vortr. wendet sich gegen die Schaffung von gesetzlichen Eheverboten: 1. weil sie für die Geisteskranken im engeren Sinne meist nicht nötig sind (wegen Anstaltspflegebedürftigkeit oder mangelnder Libido);



weil bei den Grenzzuständen diejenigen, denen die Ehe noch zu geten wäre, schwer von den zur Ehe Ungeeigneten abzusondern sind; veil unsoziale Betätigung nicht allein Folge einer krankhaften An-, sondern auch Folge ungünstigen Milieus ist.

Schon die Formulierung des Gesetztextes stößt auf große Schwierigen. Auch die Durchführbarkeit eines solchen Gesetzes, für das ein onderes Verfahren geschaffen werden müßte, ist fast unmöglich. Das reist heute schon der Umstand, daß trotz der §§ 1304 und 1325 BGB. § 48 Personenstands-Ges. (vom 6. II. 75) immer wieder Eheschließunvon Geschäftsunfähigen oder beschränkt Geschäftsfähigen vorkommen.

Hinzukommt, daß unsere Kenntnisse der wichtigsten Erblichkeitsgen nur unzureichende sind, und daß wir auch nicht genügend Ärzte itzen, die die hierher gehörigen Probleme so weit beherrschen, daß unanfechtbare Entscheidungen treffen könnten.

Nach *H*s. Ansicht sollte von gesetzlichen Eheverboten abgesehen d statt dessen durch Volksaufklärung dahin gewirkt werden, daß die ekandidaten freiwillig ärztlichen Rat über ihre Ehefähigkeit einen. Der Arzt hat dann drei Fragen zu erwägen, nämlich: 1. Sind die epartner körperlich den Anforderungen der Ehe gewachsen? 2. Steht den psychischen Eigenschaften der Ehekandidaten zu erwarten, daß Ehe von Bestand sein wird? 3. Ist eine sozial brauchbare Nachmmenschaft zu erwarten?

Schwere Verantwortung trägt der Arzt nicht nur, wenn er eine ieschließung billigt, sondern auch dann, wenn er von einer solchen rät.

Bei Adoptionen ist gleichfalls die Mitwirkung des Arztes erinscht, weil wenigstens manchmal so die Adoption von Personen verieden werden kann, die später geisteskrank oder unsozial werden. Außerm ist auf diese Weise interessantes Material über die Wirkung der Erehung bei Belasteten zu gewinnen.

Diskussion:

Loeb (M.-Gladbach): Bei Adoptionsberatungen räumt Vortr. den ererbungsgesetzen einen viel größeren Raum ein als bei Eheberatungen. ierin sehe ich einen Gegensatz, der prinzipiell nicht begründet ist. Ich timme den allzu engherzigen Indikationen, wie sie jetzt meist für die nterbrechung der Schwangerschaft aufgestellt werden, nicht zu. Man illte auch hierbei Vererbungsgesetze berücksichtigen; jedenfalls darf ian die Sterilisation von Geisteskranken und Gewohnheitsverbrechern ie sie in einigen Staaten von Nordamerika geübt wird, nicht ins Lächeriche ziehen.

Aschaffenburg (Köln): Die Leute, die uns aufsuchen, um uns über hre Heiratsfähigkeit zu befragen, wünschen nur die Verantwortung uf den Arzt abzuwälzen. Gibt er die Verheiratung zu, so ist er für lie Folgen verantwortlich — rät er ab, so wird in der Regel doch geieiratet. Viel Freude hat *A.* in allen solchen Fällen nicht erlebt.

Gegenüber *Loeb* ist *A.* mit *Hübner* der Ansicht, daß die Frage bei ler Annahme an Kindesstatt doch etwas anders läge als bei der Verheiatung. Bei beiden käme die neuerdings wieder stärkere Bewertung erblicher Belastung sehr in Betracht, obgleich wir trotz aller Unter-



suchungen für den einzelnen Fall prognostisch noch völlig im Dunkel tappen. Gerade darum aber würde *A.* auch bei der Annahme an Kindes statt, bei der zwischen den Eltern und dem anzunehmenden Kinde keinerlei gemütliche Beziehungen bestünden, sich stets auf den Standpunkt der größten Vorsicht stellen und bei bestehender Belastung unbedingt abraten. Ebenso schroff dagegen in Fällen der Eheschließung vorzugehen, verbietet doch oft auch die Rücksicht auf die zwischen den Brautleuten bestehende Zuneigung. Bei geringfügiger Belastung könnte man es in Anbetracht unserer unsicheren Kenntnisse über die Auswirkung dieser Belastung zuweilen doch nicht gut verantworten, das Lebensglück zweier Menschen aufs Spiel zu setzen; bei doppelseitiger Belastung allerdings würde er stets die Gefährdung der Zukunft für so ausschlaggebend halten, daß er unbedingt vor einer Eheschließung warnen würde.

Hübner (Schlußwort): Bei den in Deutschland herrschenden Rechtsanschauungen über den Schutz der Person sind Verfahren, wie die in einigen Staaten Amerikas geübten und namentlich noch geplanten, unmöglich.

Bezüglich des von *Loeb* angenommenen Gegensatzes in der Bewertung der Vererbung bei Ehefragen und Adoptionen ist zu sagen, daß, wie Vortr. wiederholt betont hat, unsere Erblichkeitsforschung noch nicht so eindeutige Ergebnisse gezeitigt hat, daß sie die Schaffung von gesetzlichen Eheverboten begründen könnte. Wie *Aschaffenburg* im übrigen bereits ausgeführt hat, besteht bei freiwilligen Eheberatungen und Adoptionen der Unterschied, daß bei den ersteren zwei zur Ehe entschlossene, durch tiefe Neigung miteinander verbundene Menschen eventuell durch den ärztlichen Rat getrennt werden, während bei den Adoptionen noch keine gefühlsmäßige Beziehungen zwischen dem zu adoptierenden Kinde und den präsumptiven Eltern bestehen. Letztere haben vielmehr selbst gerade den Wunsch, ein möglichst gesundes Kind zu adoptieren.

Vortr. legt den größten Wert darauf, besonders zu betonen, daß staatliche Zwangsmaßnahmen gegen Ehekandidaten heute noch *nicht* angebracht sind, daß aber die heiratsfähige Jugend zur freiwilligen Befragung des sachkundigen Arztes erzogen werden sollte, und daß da, wo ärztlicherseits ernstliche Bedenken gegen eine Heirat ausgesprochen werden, die Gewarnten freiwillig verzichten.

Aschaffenburg: Kurze Bemerkungen zu dem Entwurf eines Strafgesetzbuches.

Vortr. erörtert aus dem jetzt erschienenen dritten Entwurf, der gegenüber dem Vorentwurf vom Jahre 1909 und dem sog. Kommissionsentwurf vom Jahre 1913 die Jahreszahl 1919 führt, inwieweit die Forderungen der Psychiater verwirklicht sind. Der Unzurechnungsfähigkeitsparagraph hat die Ausdrücke krankhafte Störung der Geistestätigkeit und Bewußtlosigkeit des jetzigen § 51 zweckentsprechend geändert und spricht von „Bewußtseinsstörung, krankhafter Störung der Geistestätigkeit und Geistesschwäche". Die psychologische Bewertung dieser Zustände ist in ihrer Fassung besser wie die jetzt bestehende. Es wäre aber richtiger, nicht zu sprechen von der „Fähigkeit, seinen Willen



dieser Einsicht gemäß (das Ungesetzliche der Tat einzusehen) zu bestimmen", sondern die im österreichischen Entwurf, einem früheren Vorschlag des Vortr. entsprechend, gewählte Fassung auch in das deutsche Gesetz zu übernehmen: „dieser Einsicht gemäß zu handeln".

Die Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist erfreulich; auch daß besondere Maßregeln vorgesehen sind, um dem eigenartigen Zustande der vermindert Zurechnungsfähigen im Strafvollzug gerecht zu werden. Von größter Wichtigkeit ist die grundsätzliche Anerkennung, daß das Gericht verpflichtet ist, falls erforderlich, Maßregeln zur Sicherung zu treffen (§§ 88—90). Wünschenswert wäre, daß, wie im österreichischen Entwurf von 1912 (§ 519[3]), der Arzt grundsätzlich bei der Entscheidung über die zu treffenden Maßregeln mitzuwirken hat.

Die Heraufsetzung des Strafunmündigkeitsalters der Jugendlichen bis auf das 14. Jahr und die Möglichkeit, auch bei vorhandener Einsicht in das Ungesetzliche der Handlung (auch hier wäre die Fassung „dieser Einsicht gemäß zu handeln" besser wie die gewählte) von einer Strafe abzusehen, wenn Erziehungsmaßregeln genügen, kennzeichnet die fortschrittliche Gesinnung des Entwurfs.

Bei den Maßnahmen gegen die Trunkfälligen beanstandet Vortr. das Wirtshausverbot, das, praktisch kaum durchführbar, dazu verführen kann, von ernsteren Maßregeln, der Einweisung in eine Trinker-Heilanstalt, abzusehen. Warum diese nur bis zu einer Dauer von 2 Jahren ausgedehnt werden darf, ist nicht verständlich, wenn man damit vergleicht, daß die kriminell weniger gefährlichen Landstreicher bis zu 3 Jahren und daß gefährliche Kriminelle sogar dauernd ihrer Freiheit beraubt werden dürfen.

Im Gegensatz zu dem Vorentwurf hat der neue Entwurf die Bestrafung homosexueller Handlungen nicht auf Frauen ausgedehnt; die Strafbarkeit überhaupt ist festgehalten. Mit besonderer Schärfe ist die Verführung Jugendlicher sowie der Mißbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses mit Strafe bedroht. Die Aufrechterhaltung dieser Bestimmung würde es unbedenklicher machen, wenn auf die Bestrafung homosexueller Handlungen überhaupt verzichtet würde.

Sprache, Aufbau und der ganze Geist des neuen Entwurfs, von dem hier nur die für den Psychiater wichtigsten Punkte herausgegriffen werden konnten, zeigen den großen Fortschritt gegen früher, dem gegenüber unsere noch zu erfüllenden Wünsche zurücktreten könnten. Immerhin scheint es wünschenswert, mit Nachdruck auf den Verbesserungen zu bestehen, damit ein möglichst vollendetes Werk geschaffen wird, dessen Grundlagen glücklich umgestaltet zu haben die Psychiater sich zum Teil als ihr Verdienst zuschreiben dürfen.

(Der Vortrag erscheint ausführlich im Zentralblatt für die ges. Neurol. u. Psych.)

Herting (Galkhausen) macht weitere Mitteilungen zur Geschichte der rheinischen Psychiatrie mit Lichtbildern, welche an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden sollen.

Witte (Bedburg): Über anatomische Untersuchungen der Körperorgane bei der Dementia praecox.

Mit Rücksicht auf die Erfahrungstatsache, daß Geisteskrankheiten wie andere chronische Krankheiten sich nicht auf ein Organ beschränken, sondern den ganzen Körper in Mitleidenschaft ziehen, fordert Vortr. bei dem anatomischen Studium der Psychosen eine systematische und sorgfältige Untersuchung sämtlicher Körperorgane; sie soll ein Mittel sein, die Hirnanatomie, deren überragende Bedeutung unbedingt feststeht, zu unterstützen. Eine solche Untersuchung dürfte nur dann erfolgreich sein, wenn sie vorsichtig vorgenommen wird und sich auf die Bearbeitung allgemeiner pathologischer Fragen beschränkt. An der Dementia praecox bemüht sich Vortr. zu zeigen, in welcher Form eine solche Untersuchung beispielsweise stattfinden könnte. Von den Lipoidforschungen der *Aschoff*schen Schule ausgehend, prüfte er an einem großen Material der Anstalt Bedburg das Verhalten der Nebennierenlipoide von Dementia praecox-Kranken, anderen Geisteskranken und Geistesgesunden, welche an verschiedenartigen krankhaften körperlichen Zuständen gelitten hatten und erhielt folgendes Resultat: Die Nebennieren der Dementia praecox-Kranken reagieren auf Schädigungen in der Mehrzahl ihrer Fälle mit Lipoidverarmung und zwar:

1. in normaler Weise: bei chronischen Infektionskrankheiten (Tuberkulose);
2. in einem die Norm überragenden Prozentsatz der Fälle: bei akuten infektiösen und septischen Prozessen;
3. von der Norm abweichend bei Zuständen, welche überwiegend lipoidreiche Nebennieren besitzen: bei marantischen Prozessen und bei der Leberzirrhose;
4. in durchaus pathologischer Art bei Krankheiten, welche mit einem gesteigerten Lipoidgehalt der Nebennieren verbunden sind: bei Schrumpfnieren.

Diesen Erscheinungen liegt nach seiner Meinung eine komplizierte Änderung des intermediären Stoffwechsels zugrunde, deren nähere Ergründung zu erstreben wäre. — In weiteren anatomischen Untersuchungen, welche eine genauere Prüfung der Lipoide der Körperorgane bezweckten, fand er, daß bei drei weiblichen Kranken aus der Dementia praecox-Gruppe in den Fettzellen der Corpora lutea menstruationis das Cholesterin bis auf minimale Spuren fehlte. Wie dieser auffällige Befund zu deuten ist, müssen weitere Untersuchungen zeigen. Wenn er sich wiederholt bestimmt und ausschließlich bei der Dementia praecox feststellen lassen sollte, so könnte er vielleicht als ein anatomisches Unterscheidungsmerkmal einer kleinen Zahl von Fällen dieser Krankheit dienen. — Es ist bemerkenswert, daß der Lipoidarmut des Bluts vieler Dementia praecox-Kranken eine Lipoidverarmung des Gehirns, wie aus chemischen Untersuchungen von *Pighini* bekannt ist, entspricht. Hieraus ergibt sich, daß die Gehirnlipoide auch bei dem anatomischen Studium der Dementia praecox die größte Aufmerksamkeit verdienen. *Umpfenbach.*



Kleinere Mitteilungen.

Aufnahme nervöser Kinder (neuropathischer und psycho-
athischer) in Arztfamilien. Angeregt durch zahlreiche Anfragen nach
rziehungsstellen in Arztfamilien will das Kaiserin Auguste Viktoria-Haus in
harlottenburg versuchen, eine Zentrale zu schaffen, die zwischen den Kol-
egen, die einzelne nervöse Kinder in ihrem Hause erziehen wollen, und
ndererseits den Kollegen, die derartige Kinder aus ihrem Patientenkreise in
eeignete Hände überweisen wollen, zu vermitteln hat. Die Ärzte, die zur
ufnahme der Kinder bereit sind, mögen sich unter Beantwortung folgender
ragen melden: 1. Wohnort und Wohnungsverhältnisse? 2. Klimatische Ver-
ältnisse? 3. Spezialvorbildung, resp. besondere Eignung? 4. Verheiratet?
. Eigene Kinder und in welchem Alter und Geschlecht? 6. Knaben oder
Mädchen zur Aufnahme erwünscht und in welchem Alter? (Säuglings-, Klein-
kind-, Schul-, Pubertätsalter). 7. Wie viele Kinder wollen Sie aufnehmen?
8. Schulverhältnisse? 9. Privatunterricht möglich? 10. Preise? Kurz gehal-
tene schriftliche Meldungen sind unter Beifügung einer Auslagengebühr von
2.— Mk. (bei Anfragen frankiertes Rückkuvert!) zu richten an: das Organi-
sationsamt für Säuglings- und Kleinkinderschutz im Kaiserin Auguste Viktoria-
Haus, Berlin-Charlottenburg, Mollwitz-Privatstraße (zu Händen von Dr. Carl
Pototzky, Leiter der Poliklinik für nervöse und schwer erziehbare Kinder).

Am 8. November feierte Clemens Neißer, Direktor der Provinzial-
Anstalt in Bunzlau, seinen 60. Geburtstag.

Neißer, hervorgegangen aus einer Familie, die uns eine Reihe her-
vorragender Ärzte geschenkt hat, hat es verstanden, neben einer reichen und
weitgreifenden administrativen und praktisch-psychiatrischen Wirksamkeit eine
erfolgreiche wissenschaftliche Tätigkeit zu entfalten. Ohne Verbindung mit
einer Universität hat er an der Entwickelung der deutschen Psychiatrie seit
den 80 er Jahren mehr mitgearbeitet, als mancher bestallte Professor.

Als einer der ersten hat er die Bedeutung der Kahlbaumschen Lehre
gewürdigt und an ihrem Ausbau mitgearbeitet. Immer auf dem Boden kli-
nischer Erfahrung und naturwissenschaftlicher Denkweise hat er mit ein-
dringendem Scharfsinn eine Reihe psychiatrischer Grundprobleme erörtert.

Erwähnt seien von seinen vielen wertvollen Beiträgen nur die zum Ka-
pitel der Verbigeration, zum Paranoia-Problem, insbesondere den
Beziehungen von Paranoia und Schwachsinn, den Beziehungen von Individu-
alität und Psychose. Er hat als Erster die Bedeutung der „überwertigen Idee“

als ein Symptom der allgemeinen Psychopathologie erkannt; hat vor Wernicke die Unterscheidung von primären und sekundären Symptomen getroffen und den Begriff des Residualwahnes entwickelt. Er ist warm für die jetzt allgemein eingeführte Bettbehandlung eingetreten. In Versammlungen hatte er, ob es sich um Theoreme oder Fürsorge-Erziehung oder forensische Fragen handelte, immer viel Kluges und Feines zu sagen.

Ich glaube im Sinne von vielen, die, wie ich, durch Schrift und Wort von ihm reichlichen inneren Gewinn erfuhren, zu handeln, wenn ich ihn zu seinem 60. Geburtstage herzlich beglückwünsche. *Li.*

Am 1. Januar 1921 wurde die neue rheinische Provinzial-Fürsorgeerziehungsanstalt für katholische schulentlassene Zöglinge zu Euskirchen eröffnet. Ihre Herstellung hat sich durch den Krieg verzögert. Die Anstalt ist im Pavillonsystem erbaut; sie hat ausgedehnte Landwirtschaft (320 Morgen Land) und große Werkstätten, so daß ausreichende Beschäftigungsmöglichkeit für die Zöglinge vorhanden ist. Diese sind in 10 Abteilungen untergebracht, jede zu 25 Personen.

Außerdem hat die Anstalt ein Beobachtungshaus mit Wachsaal und Nebenräumen zur Unterbringung geistig abnormer, zur Fürsorge überwiesener Zöglinge und ein Haus für schwer erziehbare psychopathische Zöglinge.

Die Angliederung dieser beiden Häuser an eine Fürsorgeerziehungsanstalt ist etwas Neues. Die Rheinische Provinzialverwaltung hat sich nach Anhörung pädagogischer und psychiatrischer Sachverständiger entschlossen, diese Abteilungen nicht einer Irrenanstalt, sondern einer Fürsorgeerziehungsanstalt anzugliedern.

Es ist zu hoffen, daß das Beobachtungshaus nicht nur die katholischen, sondern auch die evangelischen Zöglinge der Rheinprovinz aufnimmt.

Zum Direktor ist der bisherige Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn, Sanitätsrat Dr. *Lückerath*, ernannt worden, der sich schon seit vielen Jahren mit dem Hilfsschulwesen und der Fürsorgeerziehung (er ist seit 13 Jahren Mitleiter der weitbekannten Bonner Hilfsschulkurse und Landespsychiater für die rheinische Fürsorgeerziehung) beschäftigt hat.

Am 1. Januar 1917 waren in den Irrenanstalten Preußens 46145 m. und 45130 w. Geisteskranke; im Laufe des Jahres kamen in Zugang 17018 m. und 14791 w. Kranke, so daß im Jahre 1917 insgesamt 123084 (63163 m. und 59921 w.) Geisteskranke sich in Anstaltbehandlung befanden. — Am 1. Januar 1918 verblieben 36146 m. und 37610 w. Geisteskranke in den Anstalten. Im Gegensatz zu dem Bestande vom 1. Januar 1917 übertraf am 1. Januar 1918 die Zahl der w. die der m. Insassen. Während des Jahres 1918 gingen zu 14642 m., 14360 w. Personen, so daß insgesamt 102758 (50788 m., 51970 w.) Geisteskranke im Jahre 1918 in den Anstalten in Behandlung waren. Während im Jahre 1917 der Zugang an w. Pfleglingen erheblich geringer war als der der m., zeigt der

des Jahres 1918 keinen wesentlichen Unterschied in der Beteiligung der Geschlechter. Seit 1913 ist die Zahl der Behandelten m. Geschlechts (70621), seit 1916 auch die des w. (63589) dauernd gesunken. Der besonders starke Abfall bei beiden Geschlechtern von 1918 gegen 1917 erklärt sich größtenteils aus der hohen Zahl der Todesfälle im Jahre 1917. Auch ist ein Teil der Kranken durch Einberufung in den Heeresdienst den Zivil-Irrenanstalten entzogen worden. Endlich ist der Zustrom von Alkoholikern in die Irrenanstalten seit Kriegsbeginn von Jahr zu Jahr geringer geworden; fast 5000 stellten sie noch zum Zugang des Jahres 1913 und wenig mehr als 600 waren es 1918. (D. m. W., Nr. 36.)

Personalnachrichten.

Dr. *Friedr. Zierl*, Oberarzt in Irsee, ist mit dem Titel Medizinalrat,

Dr. *Jos. Ellmann*, Dir. in Wöllershof, mit dem Titel Obermedizinalrat in den Ruhestand getreten.

Dr. *J. Schröder,* früher Direktor der Heilanstalt Rotenberg in Riga, hat seine Stelle niedergelegt und ist nach Deutschland gezogen.

Dr. *Reißner,* Anstaltsarzt in Buch, ist aus dem Dienst geschieden.

Dr. *Paul Winckler,* San.-Rat, bisher Oberarzt in Owinsk, hat sich in Kolberg als Nervenarzt niedergelassen.

Dr. *W. Gerstenberg*, Oberarzt in Lüneburg, ist zum Direktor des Landesarmenhauses zu Wunstorf,

Dr. *Gustav Heyse,* bisher Oberarzt an der Landesanstalt zu Bernburg, ist zum Direktor derselben ernannt worden.

Dr. *G. Pütterich*, Oberarzt in Homburg, wurde mit Versehung der Direktorstelle in Frankental beauftragt.

Dr. *Adalbert Gregor,* Priv.-Doz. und Prof., bisher in Leipzig-Dösen, ist zum Direktor der Fürsorgeerziehungsanstalt in Flehingen (Baden) ernannt worden.

Dr. *K. Birnbaum,* bisher in Buch, ist als Oberarzt nach Herzberge versetzt.

Dr. *Edenhofer,* Anstaltsarzt in Kaufbeuren, ist zum Oberarzt in Günsburg,

Dr. *J. Entres* und

Dr. *M. Theobald,* Anstaltsärzte in Eglfing, sind zu Oberärzten befördert worden.

Dr. *Simons* in Berlin hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

Dr. *Hans König*, Priv.-Doz. in Bonn und leit. Arzt an der Dr. Hertzschen Privatanstalt, hat die Amtsbezeichnung ao. Professor erhalten.

Dr. *Albert Oliven*, Geh. San.-Rat, einer der Gründer und Leiter der Priv.-Anstalt Berolinum in Lankwitz, Generalsekretär des deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen, ist, 51 Jahre alt, am 5. Oktober nach schwerer Krankheit gestorben.

P. *Joh. Trüper,* der Leiter des Heilerziehungsheims Sophienhöhe bei Jena und Mitherausgeber der Zeitschrift für Kinderforschung, ist im Alter von 66 Jahren gestorben.

Dr. *Friedrich Vorbrodt,* Oberarzt in Galkhausen, erlitt im Alter von 43 J. durch die elektrische Bahn einen sofort tödlichen Unfall.

Dr. *Adolf Schreiber*, San.-Rat, früher Oberarzt der Prov.-Anstalt., letzthin pensioniert, starb in Düren, 72 J. alt, am 20. November.

Dr. *Hans Ehrcke*, Oberarzt in Nietleben, und

Dr. *Josef Hinterstoißer*, früher langjähriger Landesgerichtspsychiater in Wien, sind gestorben.

Dr. *Dupré*, der französische Psychiater, starb im 59. Jahre in Deauville.

Die Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie, die die Allg. Z. f. Ps. durch Vermittlung des Vereins zum ermäßigten Preise beziehen, werden gebeten, die fälligen 125 M.[1]) der Braunschweigischen Bank in Wernigerode für Dr. *H. Laehr* womöglich bald zu überweisen, damit der 78te Band ihnen rechtzeitig zugehen kann.

[1]) Für Mitglieder im Ausland beträgt der ermäßigte Bezugspreis einschließlich Porto: Schweiz Frs. 25.—, Holland Gulden 14.—, Italien Lire 75.—, Belgien und Frankreich Frs. 60.—, England Schilling 24.—, Dänemark und Norwegen Kronen 25.—, Schweden Kronen 22.—, Spanien Pesetas 27.—, U. S. A. Dollar 4.25. Die Überweisung erfolgt am einfachsten durch Scheck.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH · **BONHOEFFER** BERLIN · **FISCHER** WIESLOCH · **KLEIST** FRANKFURT A. M. · **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG · **STRANSKY** WIEN

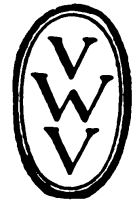
DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SIEBENUNDSIEBZIGSTER BAND

I. u. II. LITERATURHEFT



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & CO.,

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1922

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1919

REDIGIERT

VON

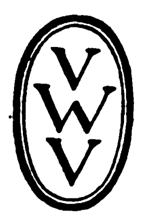
OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

I. U. II. LITERATURHEFT

ZUM 77. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

1922



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXVII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1919

REDIGIERT

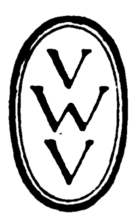
VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT I/II.

AUSGEGEBEN AM 24. FEBRUAR 1922



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & Co.

VORMALS G.J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1922.



1. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Becker, Werner H.* (Herborn), Die Neuordnung im Reich und der irrenärztliche Stand. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 59. (S. 3*.)
2. *Bunse, Paul* (Kennenburg b. Eßlingen), Statistische Mitteilungen über das Material einer Armee-Nervenabt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 153.
3. *Cushing, Harvey* (Boston), Concerning the establishment of a national institute of neurology. The American journ. of insanity. Vol. 76, nr. 2, p. 113. (S. 2*.)
4. *Enge* (Strecknitz-Lübeck), Wirtschaftliche und soziale Lage des Irrenpflegepersonals. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 3, S. 373.
5. *Fickler, Alfred* (Obrawalde), Ruhrschutzimpfung in der Irrenanstalt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 43/44, S. 274. (S. 5*.)
6. *Fischer, Alfons* (Karlsruhe), Die Aufgaben eines Sozialhygienischen Landesamtes. Sozialhygienische Mitteilungen für Baden, H. 1 u. 2, S. 7. (S. 4*.)
7. *Fischer, Max* (Wiesloch), Soziale Aufgaben der Irrenfürsorge und allgemeine Fürsorgeorganisation. Sozialhygienische Mitt. für Baden, herausg. von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 3*.)
8. *Kolb* (Erlangen), Reform der Irrenfürsorge. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 949 und Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 1/2, S. 137. (S. 3*.)
9. *Knust, W.*, Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4, S. 15. (S. 4*.)
10. *Meier, Fritz*, Die Kriegssterblichkeit an der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt N. bis zum Jahre 1917. Inaug.-Diss. Kiel.
11. *Meyer, E.* (K nigsberg i. Pr.), Irrenanstalten, Trinkerheilanstalten und Nervenheilstätten. Deutsche med. Wschr. Nr. 32. (S. 4*.)
12. *Richter, A.* (Berlin-Buch), Über die Ernährungsverhältnisse in der Irrenanstalt Buch während des Krieges 1914/18 und deren Folgen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5, S. 407.

13. *Rieger* (Würzburg), Der dreihundertjährige Todestag des Fürstbischofs Julius und Leben? oder Tod? seiner beiden großen Stiftungen. Sechster Bericht aus den Jahren 1916 bis 1920 aus der psych. Klinik der Universität Würzburg. Leipzig. Verlag von Curt Kabitzsch. 1920. (S. 3*.)
14. *Schorlemmer, R.* (Godesberg), Der Achtstundentag in seiner Bedeutung für die Privatheilanstalten. Bonn. Rhenania-Verlag. 29 S. 1.50 M. (S. 4*.)
15. *Schultze, E.* (Göttingen), Über Gewerbesteuerpflicht der Privat-Irrenanstalten. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 742.
16. *Vollrath, Ulrich* (Zehlendorf-Berlin), Polikliniken für Psychotherapie an den Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 25/26, S. 175. (S. 4*.)
17. *Wauschkuhn* (Buch b. Berlin), Zur Reform der Irrenfürsorge. Psych. neurol. Wschr. Nr. 17/18. (S. 3*.)

Cushing (3) zieht eine interessante Parallele zwischen seiner gegenwärtigen Ansprache vor dem 75. Jahreskongreß des American med. Ass. mit einer vor 25 Jahren an gleicher Stelle von *Weir Mitchell* gehaltenen. Beide Ansprachen beschäftigten sich mit dem Thema der Kriegserfahrungen auf dem Gebiete der Neurologie und mit der Stellung, welche die jüngere Richtung der amerikanischen Nervenchirurgie gegenüber älteren klinischen Methoden und Hospitalorganisationen einnimmt. Bei *Mitchell* handelte es sich um Rückblicke auf die Zeit des amerikanischen Bürgerkrieges, *Cushing*s Darlegungen beziehen sich auf Kriegsneurologie und Heereshygiene der jetzigen Zeit. Konnte *Mitchell* noch von einer völligen Isolierung der Nervenchirurgie im Heere sprechen, so sieht *C.* heute doch eine wesentlich andere Stellung sich herausbilden. Das Ineinandergreifen sämtlicher Disziplinen der Neurologie, Psychiatrie und Heereshygiene ist zur Notwendigkeit geworden. *C.* hatte in dieser Richtung Gelegenheit, in dem Basishospital von La Fauche eingehende Studien zu machen, den Plan zu fassen, sie organisatorisch zu entfalten. Unter *Mc Carthy*s Führung war die Einrichtung eines Zentralhospitals in Vichy geplant, um ein Zusammenarbeiten aller in Betracht kommenden Disziplinen zu ermöglichen. Dieses großzügige Unternehmen kam aber nicht zur Ausführung, da die Einschiffung der Blessierten von der Heeresverwaltung befohlen wurde. In welch umfangreicher Weise in den Vereinigten Staaten die Behandlung und Fürsorge der Kriegsbeschädigten sich entwickelte, geht aus den Darlegungen und späteren Veröffentlichungen hervor. — *Cushing* aber sieht weiter. Die Lehren des großen Krieges, insofern sie die Neurologie betreffen, müssen nutzbar gemacht werden. Auch im bürgerlichen Leben muß die Nervenheilkunde der Sonderstellung, in der sie sich noch befindet, enthoben werden. Es gilt, unter ihrer Führung Institutionen zu schaffen, in denen auf breitester Basis die Verluste, die Nervenschädigungen dem Volkskörper zufügen, bekämpft werden. *Cushing* denkt an die Errichtung einer nationalen Schule der Neurologie, eines großen Institutes, ähnlich in der Organisation dem kürzlich eröffneten National-Institut für Hygiene, an dem in inniger Wechselwirkung der Spezialgebiete Standardmethoden



gelehrt und ausgebaut werden, mit denen ausgerüstet eine neue Generation ärztlicher Kräfte und Hilfskräfte in den Stand gesetzt ist, zur Wohlfahrt nicht nur der Kriegsbeschädigten, sondern der gesamten schaffenden Bevölkerung zu wirken. – Die Ansprache ist durchsetzt von interessanten Einzelheiten aus dem großen Erfahrungsschatz des Vortragenden; bedeutsam sind seine Hinweise auf den Wert nervenchirurgischer Ergebnisse für die Diagnose psychischer Störungen

Rieger (13) setzt den Kampf um die Würzburger Stiftungen mit unverminderter Zähigkeit fort. Hat *R.* auch kaum Aussicht, alles zu erreichen, was seinem hochsinnigen Rechtsgefühl entspricht, so hat er doch Einiges erreicht, und wäre es nur die Anerkennung von oft sehr wertvoller Seite für sein unentwegtes Eintreten für die Wohlfahrt seiner Pflegebefohlenen (vgl. auch Kunstwart, Heft vom 1. X. 1920, S. 58, der eine sehr wohlwollende Besprechung bringt). Es wird nicht häufig sein heute, daß Stiftungen zur Zeit eines 300jährigen Gedenktages noch lebensfähig genug sind, ihrer ursprünglichen Bestimmung nach zu funktionieren. Dem Julius-Spital ist es im großen ganzen doch beschieden, wenn auch Einflüsse sich bemerkbar machen, die den Sinn der Stiftungen zu zermürben drohen. Eine bemerkenswerte Ausnahme ist es jedenfalls, daß ein derart unermüdlicher Verfechter ihrer Integrität sich noch findet, wie es *Rieger* ist.

Die Neuordnung der Dinge bringt es mit sich, daß auch in bezug auf das Anstaltswesen tief einschneidende neue Forderungen geltend gemacht werden. Die Reform der Irrenpflege ist besonders Gegenstand solcher Bestrebungen. Von grundlegender Bedeutung ist das *Kolb*sche Programm (8). Dasselbe ist in den psychiatrischen Vereinigungen besprochen worden, durch Fragebogen seine Tendenz in psychiatrischen Kreisen verbreitet und hat weitgehende Beachtung gefunden. Hervorzuheben sind die Vorschläge zur Verbesserung des Rechtsschutzes der Geisteskranken, diejenigen betreffend die Irrenfürsorge außerhalb der Anstalten, Behandlung der Organisations- und Standesfragen, Pflegerdienst, Ablehnung der Forderung des 8-Stunden-Arbeitstages. Auch im Wiener Verein für Psychiatrie ist das *Kolb*sche Programm mit einigen Einfügungen von der Hand *Berze*s (vgl. Psych.-neurol. Wschr. 19/20, S. 273, Verhandlungsbericht) angenommen worden. Man muß sagen, daß das Programm von durchaus fortschrittlichem, sozialem Geist getragen ist. So unüberwindlich manche Schwierigkeiten scheinen, *Kolb* hat es verstanden, mit erfahrener, ordnender Hand Wege zu zeigen, auf denen sie, Gegensätze versöhnend, zum Ziele führen können. *Wauschkuhn* (17) geht von den Verhältnissen der Berliner Anstalten aus, würdigt das *Kolb*sche Programm und geht besonders auf Organisationsfragen des ärztlichen Dienstes ein. Standesfragen behandelt *Werner H. Becker* (1). *Fischer*-Wiesloch (7) spricht vom Standpunkt des Badischen Psychiaters, seine Bestrebungen richten sich auf die sozialen Aufgaben der Irrenfürsorge, eine neue Arbeitsrichtung, die neben der Anstaltsversorgung, neben klinischer Forschungsarbeit als eine bedeutende Aufgabe des Psychiaters anzusehen ist. *F.* schwebt die Gründung eines sozialhygienischen Instituts vor. Er weist darauf hin, wie wichtig und nötig die Zusammenfassung aller Fürsorgebestrebungen zu einer Gesamtorganisation ist. Einer gesteigerten Tätigkeit der Hilfsvereine, Förderung



der Familienpflege widmet *F.* warme Worte. — *Alfons Fischer* (6) sucht aus de
inzwischen ergangenen Gesetzesbestimmungen zu eruieren, wie sich der Gesetz
geber die Organisation der sozialen Hygiene durch den Staat gedacht hat. E
hält, um Klarheit zu erlangen, eine zielbewußte, auf die Verbesserung der gesund
heitlichen Zustände gerichtete Tätigkeit entwickeln zu können, die Errichtun
eines sozialhygienischen Landesamts für geboten. — Der „Achtstundentag" is
das Schmerzenskind der Privatanstalten. *Schorlemmer* (14) gibt hierüber ein
kritische Studie, die an Ausführlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt. Er be
mängelt, und mit Recht, die Bevorzugung der Anstalten mit religiösen Pflege
gemeinschaften, die dem Gewerbeparagraph nicht unterworfen sind. Für An
stalten, die ohne die Absicht arbeiten, aus dem Betrieb einen direkten Nutzen
zu ziehen, müßte zum mindesten eine gleiche Behandlung statthaft sein. Im
allgemeinen könne gesagt werden, der Acht-Stunden-Arbeitstag gefährde die
Existenz der Privatanstalten durch die im Verhältnis zur Arbeitsleistung unge
heuerliche finanzielle Mehrbelastung. Nur der geringste Teil des Privatanstalten
aufsuchenden Publikums würde in der Lage sein, die erforderlichen außerordent
lich hohen Tagespflegesätze zu erschwingen. Gewissenhaftigkeit und Verant
wortungsgefühl des Pflegepersonals werde untergraben, der Staat selbst geschädigt
werden durch den Ausfall früher guter, steuerkräftiger Betriebe.

Nach *Knust* (9) ist es ein Gebot der Zeit, die durch Verödung der Anstalten
frei werdenden Betten für die allgemeine Kranken- und Wohlfahrtspflege zu ver-
werten. Krüppel- und Altersheime fänden in leerstehenden Häusern der Irren-
anstalten eine bessere Stätte als in Verbindung mit Armenhäusern. Chronische
Kranke der allgemeinen Krankenhäuser könnten dort untergebracht werden,
geistig minderwertige Elemente aus den Fürsorgeanstalten entfernt und in die
Irrenanstalten verlegt werden. Verwendungsmöglichkeiten seien genug vor-
handen. So sehr vom humanitären Standpunkte aus diese Vorschläge aner-
kennenswert sind und für äußerste Notlagen sich rechtfertigen, so werden Vor-
schläge, wie *E. Meyer* (11) sie macht, bessere Aussicht auf Durchführbarkeit
haben und vor allem den Anforderungen der Zeit Rechnung tragen. Es handelt
sich in erster Linie um Angliederung von Nervenheilstätten an die Irrenanstalten.
M. hat schon früher derartiges vorgeschlagen. Die Entwicklung der Kriegsfolgen
wird einem solchen Projekt nur günstig sein, vorzüglich insofern es sich um die
Nachbehandlung funktioneller Neurosen und um Arbeitstherapie handelt. Ebenso
liefert die arbeitende Bevölkerung genug Material in Zeiten intensiver Arbeits-
tätigkeit, die nach staatlichen Nervenheilanstalten verlangt. Eine Abneigung,
derartige Nervenkranke mit dem Betrieb von Anstalten für Geisteskranke zu-
sammenzubringen, mag zwar hier und da bestehen, aber sie ist ungerechtfertigt
und leicht zu überwinden. Der Vorschlag, Heilstätten für Nervöse im Terrain der
Irrenanstalten zu errichten, ist berechtigt. „Was die wirtschaftlichen Vorteile
einer solchen Vereinigung angeht, so bedarf es da keines weiteren Wortes." Ebenso
liegen die Dinge in bezug auf *M.*s schon wiederholt erfolgte Vorschläge der An-
siedlung von Trinkerheilanstalten in Verbindung mit den Heil- und Pflegeanstalten.
— Unter ähnlichen Gesichtspunkten läßt sich hier *Vollraths* (16) Forderung über

lie Errichtung von Polikliniken für Psychotherapie an den Irrenanstalten anreihen.)ie Psychotherapie ist für die Behandlung und Aufdeckung von Nerven- und 'eisteskrankheiten von eminenter Bedeutung geworden, ein Blick in die Neurotiker-.bteilungen spricht Bände. „Seelische Behandlung" ist wieder zu ihrem Recht ;ekommen. Der Aufsatz *V.*s ist sehr ausführlich, wenn auch nicht sehr wissen-chaftlich. Die Frage des psychotherapeutischen Laboratoriums an den Anstalten 'ird sicher ihre Lösung finden.

Fickler (5) gibt seine Erfahrungen über Ruhrschutzimpfung, die in der efallenen Anstalt, Obrawalde, durchgreifende Sanierung zur Folge hatte. Die .ngewandte Arbeitsmethode ist so wohl durchdacht, so zielsicher, daß sie zu einer ingehenden Schilderung anregt. In Obrawalde besteht Ruhr seit 1911, während ler Kriegsjahre steigerten sich Zahl der Erkrankungen und Todesfälle bed (hlich. .917 = 122 Erkrankungen, 66 Todesfälle, Steigerung gegen 1914 um das Drei-ache der Erkrankungen, Achtfache der Todesfälle. Zu intensiver Bekämpfung \nlaß genug. Die gewöhnlichen Maßnahmen der Isolierung erwiesen sich als ınzureichend. *F.* versuchte zunächst die Absonderung der Kranken mit + Widal; ast bei der Hälfte der Kranken Widal +. Versuche mit passiver Immunisierung ;rgaben wenig aussichtsreiche Resultate. *F.* schritt zur aktiven Immunisierung, ınd zwar unter Verwendung des Impfstoffes von *Ditthorn* u. *Löwenthal* (D. med. Wschr. 1917). Die Schutzwirkung war unverkennbar, hielt aber nur 2 Monate an.)ie *Shiga-Kruse*-Bazillen schienen im Wege zu sein. Auf *F.*s Veranlassung stellte ıun das Seruminstitut Öltschau-Leipzig einen Ruhrimpfstoff nach der Methode 'on *Ditthorn* u. *Löwenthal* mit Weglassung des *Shiga-Kruse*-Bazillus her. Es vurde der von der Obrawalder Endemie gewonnene Bazillus selbst verwandt für inen Impfstoff mit 0,67 mg Obrawalder Ruhrbakterien im ccm 0,3 Öse. Mit liesem — Obrawalder — Ruhrimpfstoff wurde nun operiert. In den aus der Zu-ammenfassung ersichtlichen Zeitabschnitten wurden sämtliche Kranke der Anstalt ɔis auf 18 (Ausschluß infolge fieberhafter Erkrankungen usw.) im ganzen 570 Per-onen geimpft. Starke Temperaturerhöhungen kamen nur bei Lungentuberkulose 9% über 38° C.) vor. Nach Abschluß der Impfung im April 1918 blieb die Anstalt rei von Neuerkrankungen bis auf insgesamt 2 Fälle. — *F.* darf der Überzeugung ein, daß der günstige Gesundheitszustand während des Jahres 1918 hinsichtlich ler Ruhr eine Folge seiner Schutzimpfung ist, wenn auch andere Momente dazu ɔeigetragen haben mögen. Auch *Krekeler*, der in der Anstalt Dösen ähnliche Sanierung nach der Obrawalder Methode erzielte, ist der Ansicht. — *F.* faßt die wichtigsten Punkte seines Vorgehens wie folgt zusammen: 1. Herstellung eines Impfst ffes aus den Bakterien der in der Anstalt herrschenden Endemie nach der Methode von *Ditthorn* u. *Löwenthal* in einer Stärke von 0,3 Öse auf den ccm. 2. Zweimalige Impfung im Jahre derart, daß die Impfungen etwa 2 Wochen vor den Hauptinfektionszeiten der Ruhr abgeschlossen sind (Februar—März und Juli). 3. Erste Impfung in 3 Terminen und einwöchigen Zwischenräumen in Dosen von 0,5—1,0 bis 1,0 cm, tief subkutan in Brust oder Rücken. Bei der zweiten Impfung einmalige Injektion von 1,0 ccm. 4. Geimpft werden: a) bei der Frühjahrs- und Hochsommerimpfung sämtliche Kranke mit Ausnahme der Tuberkulösen und

anderweit fieberhaft Erkrankten. b) Sämtliche neu aufgenommenen Kranken unmittelbar nach der Aufnahme; Nachimpfung dieser Kranken nicht vor Ablauf von 2 Monaten nach der ersten Impfung.

II. Anstaltsberichte.

1. **Bergmannswohl**, Unfall-Nervenheilanstalt der Knappschafts-B.-G. Schkeuditz (Bezirk Halle a. S.). Bericht für 1918. Chefarzt: Prof. Dr. *Quensel*. (S. 13*.)
2. **Bernische Kantonale Anstalten** Waldau, Münsingen und Bellelay. Bericht für 1918. (S. 15*.)
3. **Breslau**, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1918. Primärarzt: San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 7*.)
4. **Burghölzli**, Zürcherische Kantonale Heilanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 16*.)
5. **Eglfing** bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Vocke*. (S. 13*.)
6. **Eichberg** im Rheingau, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918/19. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 9*.)
7. **Ellikon** a. d. Thur, Trinkerheilstätte. Bericht für 1918. (S. 16*.)
8. **Friedmatt** (Basel), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Prof. Dr. *G. Wolff*. (S. 16*.)
9. **Gehlsheim** bei Rostock i. M., Mecklenburg-Schwerinsche Heil- und Pflegeanstalt. (Psychiatrische u. Nervenklinik.) Berichte für 1916 bis 1918. Dir.: Prof. Dr. *Kleist*. (S. 10*.)
10. **Haar** bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Dr. *Blachian*. (S. 13*.)
11. **Kreuzburg** O.-Schles., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: San.-Rat Dr. *Bresler*. (S. 7*.)
12. **Kückenmühler Anstalten** in Stettin. Jahresbericht 1. Jan. 1916 bis 31. März 1919. Chefarzt: San.-Rat Dr. *Schnitzler*. (S. 8*.)
13. **Lindenhaus** bei Lemgo, Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht 1918. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter*. (S. 12*.)
14. **Niedernhart** in Linz, Oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. Bericht f. die Jahre 1917 u. 1918. Dir.: San.-Rat Dr. *Schnopfhagen*. (S. 14*.)
15. **Rockwinkel** bei Bremen, Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1917 u. 1918. Besitzer u. ärztl. Leiter: Dr. *Benning*. (S. 11*.)
16. **Roda**, Genesungshaus und Sächs. Martinshaus. Berichte für 1918. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 12*.)
17. **Rosegg** (Solothurn), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Dr. *L. Greppin*. (S. 17*.)
18. **Santiago** (Chile), Casa de Orates. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Letelier G.* (S. 18*.)



19. Schleswig (Stadtfeld), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918/19. Dir.: Dr. *Kirchhoff*. (S. 8*.)
20. Schleswig (Hesterberg), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache. Bericht für 1918/19. Dir.: San.-Rat Dr. *Zappe*. (S. 9*.)
21. Sonnenhalde-Riehen, Evangelische Heilanstalt für weibliche Nerven- u. Gemütskranke. Bericht für 1917/18. (S. 17*.)
22. St. Pirminsberg (St. Gallen), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Dr. *Haeberlin*. (S. 17*.)
23. Strecknitz-Lübeck, Anstalt des Lüb. Staates für Nervöse und Geisteskranke. Bericht für 1918. Dir.: Prof. Dr. *Wattenberg*. (S. 11*.)
24. Waldhaus (Chur), Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Prof. Dr. *Jörger*. (S. 16*.)
25. Wehnen, Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1918. Dir.: Ob.-Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 12*.)
26. Wil (St. Gallen), Kantonales Asyl. Bericht für 1918. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 18*.)
27. Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht für das Rechnungsjahr 1918. (S. 18*.)
28. Hilfsverein für arme Irren des Kantons Luzern. Berichte 1917 und 1918. (S. 18*.)

Breslau (3): Anfangsbestand 88 (28 m. 60 w.). Zugang 423 (211 m. 212 w.). Abgang 427 (208 m. 219 w.). Bleibt Bestand 84 (31 m. 53 w.). Insgesamt verpflegt 511 Pers. u. 181 Soldaten. Aus der Pflege ausgeschieden (427) geheilt 9,6 %, gebessert 29,7 %, ungeheilt 37,7 %, gestorben 20 %, nicht geisteskrank 3%. Von 161 ungeheilt entlassenen nach andern Anstalten überführt 134. Vom Zugang litten an einfach erworbenen Psychosen 175 (91 m. 84 w.), konstitutionellen Psychosen 97 (74 m. 23 w.), epilept.-hysterischen Formen 123 (93 m. 30 w.), alkoholischen und andern intox. Psychosen 69 (48 m. 21 w.), paralytischen, senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten 140 (86 m. 54 w.). Die Poliklinik ist noch außer Betrieb. Kosten der Verpflegung (Beköstigung) pro Kopf und Tag des Kranken 2,24 M. 1917: 1,56 M., 1916: 1,55 M. Gesamtausgaben: 409 268 M., hiervon außerordentliche Ausgaben 39 195,57 M.

Kreuzburg O.-Schl. (11): Anfangsbestand 474 (267 M. 207 Fr.). Zugang 70 (40 M. 30 Fr.). Abgang 134 (61 M. 53 Fr.). Bleibt Bestand 410 (226 M. 184 Fr.), davon in Familienpflege 21 (9 M. 12 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 5 M. 10 Fr., bis 3 Monate 3 M. 6 Fr., 6 Monate 5 M. 2 Fr., 1 Jahr 1 M. 1 Fr., 2 Jahre 6 M. 2 Fr., 5 Jahre 11 M. 3 Fr., mehr als 5 Jahre 8 M. 3 Fr., seit Kindheit 1 M. 3 Fr. Erbliche Belastung nachweisbar bei 7 M. 17 Fr. Unter den Krankheitsursachen Syphilis bei 4 M. 1 Fr., Trunksucht 1 M. Krankheitsformen: Einfache Seelenstörung bei 47 (22 M. 25 Fr.), paralytische 4 M. 1 Fr., Epilepsie mit Seelenstörung 5 M. 1 Fr., Idiotie, Imbezillität 3 M. 3 Fr., Hysterie 1 M. Zur Beobachtung 5 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 9 M. Entlassen geheilt 10 (8 M. 2 Fr.), gebessert 17 (9 M. 8 Fr.), ungeheilt 3 (1 M. 2 Fr.), nach Beobachtung 5 M., in andere Anstalt 1 M. Gestorben 98 (57 M. 41 Fr.), im



Vorjahre 101 (58 M. 43 Fr.). Todesursache: Gehirnerweichung bei 3 M. Lungentuberkulose 42 (24 M. 18 Fr.). Grippeepidemie: erkrankt 24 m. 20 w. Pflegl., 11 Pfleger, 6 Pflegerinnen; Todesfälle 6 m. 1 w. Pflegl.

Kückenmühler Anstalten (12): Krankenbewegung:

	1916/17	1917/18	1918/19
Anfangsbestand	1050 (531 m. 519 w.)	954 (460 m. 494 w.)	763 (359 m. 404 w.)
Zugang	174 (92 „ 82 „)	188 (114 „ 74 „)	167 (103 „ 64 „)
Abgang	267 (162 „ 105 „)	379 (215 „ 164 „)	228 (117 „ 111 „)
Bleibt Bestand	954 (460 „ 494 „)	763 (359 „ 404 „)	702 (345 „ 357 „)

Krankheitsformen der Aufnahmen 1916/17 u. 1917/18 = Psychopath. Konstitution 7 (3 m. 4 w.) u. 12 (9 m. 3 w.). Hysterie 3 (1 m. 2 w.) u. 1 w. Epilepsie 35 (17 m. 18 w.) u. 42 (23 m. 19 w.). Debilität 2 (1 m. 1 w.) u. 1 w. Imbezillität 32 (16 m. 16 w.) u. 43 (29 m. 14 w.). Idiotie 82 (49 m. 33 w.) u. 74 (45 m. 29 w.). Dem. praecox 1 w. u. 3 (2 m. 1 w.). Multiple Sklerose 1 m. Melancholie 2 (1 m. 1 w.). Dementia paralytica 3 w. u. 1 m. Dem. senilis 5 (2 m. 3 w.) u. 7 (1 m. 6 w.); 1918/19 = Psychopath. Konstitution 6 (2 m. 4 w.). Epilepsie 36 (19 m. 17 w.). Debilität 3 (1 m. 2 w.), Imbezillität 40 (28 m. 12 w.). Idiotie 74 (48 m. 26 w.). Myxidiotie, mongoloide Idiotie je 1 m.; Dem. praecox 1 m., senilis 4 (2 m. 2 w.). Tabes dorsalis 1 w. Erblichkeit der Gesamtaufnahmen durch

		Geisteskrankheiten	Trunksucht
1916/17	zusammen 27,65 %	11,18 %	6,47 %
1917/18	„ 22,35 %	9,58 %	6,92 %
1918/19	„ 26,95 %	8,38 %	10,78 %

Todesfälle:

1916/17	14,9 % der Verpfl.	— 50 %	an Tuberkulose
1917/18	27,4 % „ „	58 %	„ „
1918/19	15 % „ „	50 %	„ „

Schulbesuch 118 (73 Kn. 45 Md.). Familienpflege 26 P. — Militärlazarett eingerichtet zunächst 1 H. mit 60 Betten, später (1917/18) 7 Häuser, Übernahme des Laz. d. d. Militärfiskus. Ferner Krankenhäuser der Anstalt übernommen vom Magistrat Stettin (für Leichtkranke). 1918/19 Aufnahme von 200 Siechen.

Schleswig-Stadtfeld (19): Anfangsbestand 921 (431 M. 490 Fr.). Zugang 422 (225 M. 197 Fr.), Abgang 515 (280 M. 235 Fr.). Bleibt Bestand 828 (376 M. 452 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 307 (148 M. 159 Fr.), paralytischer Seelenstörung 43 (34 M. 9 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 17 (10 M. 7 Fr.), Imbezillität 41 (25 M. 16 Fr.), Idiotie 8 (3 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Wahrscheinliche Krankheitsursache der Aufgenommenen: Familienanlage bei 146 (44 M. 102 Fr.), deprimierende Gemütsaffekte



16 (6 M. 10 Fr.), Kriegsschädigungen 73 M., körperliche Störungen 22 (17 M. 5 Fr.), Lues 36 (35 M. 1 Fr.), Alkoholismus 2 M., Überanstrengung 1 M., unbekannt 120 (42 M. 78 Fr.); wahrscheinlich heilbar 91 (40 M. 51 Fr.), unheilbar 148 (77 M. 71 Fr.), entschieden unheilbar 177 (103 M. 74 Fr.). Aus der Kieler Klinik aufgenommen 29 M. 48 Fr., im Vorjahre 53 M. 54 Fr. Militärpersonen aufgenommen 101 (i. Vorj. 128). Zur Beobachtung aufgenommen 6 M. 4 Fr. (u. 1 Mann v. der Mil.-Behörde). Entlassen vom Bestand geheilt u. gebessert 184 (30 + 154), i. Vorj. 194 (46 + 148) bei 422 gegen 491 Aufnahmen. Von den Militärpersonen entlassen 72. Gestorben 201 (100 M. 101 Fr.), von den Militärpersonen 9. Grippeepidemie mit 109 Kranken (29 Todesfälle), 44 Personal. Lungentuberkulose Todesursache bei 7 M. 10 Fr., Lungen- u. Darmtuberkulose 1 M. 6 Fr. — Gesamtausgabe 1 663 269,85 M. Kosten der Verpflegung pro Kopf u. Tag (Durchschnitts-Verpflegungsportion) rd. 1,34 M. gegen 1,17 M. im Vorj.

Schleswig-Hesterberg (20): Anfangsbestand 371 (218 m. 153 w.). Zugang 53 (31 m. 22 w.). Abgang 79 (52 m. 27 w.). Bleibt Bestand 345 (197 m. 148 w.). In Familienpflege 5 m. Pflegl. Vom Zugang litten an Idiotie 21 (14 m. 7 w.), Schwachsinn 32 (17 m. 15 w.). Entlassen gebessert 3 (2 m. 1 w.), nicht gebessert 21 (17 m. 4 w.), davon kamen in andere Anstalten 11 (10 m. 1 w.). Grippeepidemie mit zahlr. Fällen, 1 Pfleger u. 1 Pflegerin Opfer der Seuche. Schülerzahl zu Beginn des Berichtsjahres 55 Kn. 40 Md., zum Schluß 49 Kn. 39 Md. Beschäftigt in Haus, Werkstatt, Garten 30—35 Kn., 10—15 Md. Gestorben 55 (33 m. 22 w.). — Gesamtausgaben 1917 = 389 003,71 M., 1918 = 569 556,77 M.

Eichberg (6): Anfangsbestand 461 (211 M. 250 Fr.). Zugang 126 (54 M. 72 Fr.). Abgang 175 (90 M. 85 Fr.). Bleibt Bestand 412 (175 M. 237 Fr.), davon in Familienpflege 29 (5 M. 24 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 39 (11 M. 28 Fr.), 3 bis 6 Monate, 5 (1 M. 4 Fr.), über 6 Monate 70 (35 M. 35 Fr.), Krankheitsdauer unbekannt 1 M. 3 Fr.; nicht geisteskrank 8 (6 M. 2 Fr.); aus andern Anstalten aufgenommen 13 (10 M. 3 Fr.). aus Gefängnissen 5 (3 M. 2 Fr.), Fürsorge-Erziehungsanstalten 1 M. 4 Fr. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 90 (32 M. 58 Fr.), paralytischer Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 12 (7 M. 5 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 5 (2 M. 3 Fr.), hysterischer Seelenstörung 1 Fr., psychopathischer Konstitution 1 Fr., postapoplektischer Demenz 1 Fr., Arteriosklerose des Gehirns 1 M.; nicht geisteskrank 6 M. 2 Fr. Erbliche Belastung durch Nerven- oder Geisteskrankheiten von den 126 Aufgenommenen bei 15 M. 28 Fr., Belastung durch Alkohol der Eltern bei 1 M. 6 Fr.; früherer Alkoholmißbrauch in 2 Fällen. Mit den Strafgesetzen in Konflikt 11 M. 3 Fr., begutachtet 3 P., 2 davon dem Strafvollzug überlassen. Entlassen genesen 4 Fr., gebessert 29 (13 M. 16 Fr.), ungebessert 21 (14 M. 7 Fr.), als nicht geisteskrank 16 (10 M. 6 Fr.). Gestorben 105 (53 M. 52 Fr.), davon an Tuberkulose 45. — Militärpersonen Anfangsbestand 1 Off., 12 Unteroff. u. Mannschaften. Schlußbestand 2 Off., 2 Mannschaften. Zugänge 1 u. 5.



Gehlsheim (9): Krankenbewegung:

	1916	1917	1918
Anfangsbest.	356 (190 M. 166 Fr.)	265 (153 M. 112 Fr.)	282 (187 M. 95 Fr.)
Zugang	689 (500 „ 189 „)	1263 (1047 „ 216 „)	1266 (1026 „ 240 „)
Abgang	780 (537 „ 243 „)	1246 (1013 „ 233 „)	1335 (1098 „ 237 „)
Bleibt Bestd.	265 (153 „ 112 „)	282 (187 „ 95 „)	213 (115 „ 98 „)

Eingerichtet 1916 Nerven-Abt. Gehlsheim des Res.-Lazaretts Rostock 60 Betten).
Militär. Aufnahmen .1916 = 79 Geisteskr., 260 Nervenkr. (Vorjahr 41 u. 120).
1917 = 99 „ 726 „
1918 = 85 „ 698 „

Krankheitsformen d. Aufnahm. d. Ges. Best.	1916	1917	1918
Einfache Seelenstörung	260 (136 M. 124 Fr.)	368 (276 M. 92 Fr.)	386 (283 M. 103 Fr.)
Paralyt. „	101 (80 „ 21 „)	104 (97 „ 7 „)	104 (96 „ 8 „)
Seelenstörung u. Epilepsie	27 (22 „ 5 „)	55 (48 „ 7 „)	56 (48 „ 8 „)
Idiotie, Kretinismus	30 (20 „ 10 „)	57 (48 „ 9 „)	58 (50 „ 8 „)
Alkoholische Erkrankungen	18 (17 „ 1 „)	37 (35 „ 2 „)	36 (34 „ 2 „)
Nervenerkrankgn.	193 (165 „ 28 „)	496 (407 „ 89 „)	569 (475 „ 94 „)
Nicht geisteskr. .	60 (60 „ — „)	146 (136 „ 101 „)	57 (40 „ 17 „)

Krank vor der Aufnahme	1916	1917	1918
bis zu 1 Monat ..	150 M. 50 Fr.	309 M. 50 Fr.	305 M. 49 Fr.
2—3 Monate	75 „ 13 „	121 „ 17 „	118 „ 21 „
4—6 „	39 „ 17 „	75 „ 12 „	58 „ 4 „
7—12 „	55 „ 28 „	128 „ 32 „	119 „ 39 „
2 Jahre ...	38 „ 26 „	98 „ 32 „	105 „ 43 „
mehr als 2 Jahre	120 „ 48 „	244 „ 58 „	242 „ 58 „
unbest. Dauer ..	23 „ 7 „	72 „ 15 „	79 „ 26 „
Aufgenomm. aus Strafanstalten zur Beobachtung	5 M. 1 Fr.	9 M. 1 Fr.	7 M.
a. d. bürg. Bevölk.	20 „ 13 „	26 „ 14 „	36 M. 9 Fr.
Heer u. Marine ..	17 „ — „	41 „ — „	45 „ — „

Entlassen vom allg. Bestand	1916	1917	1918
genesen	145 (103 M. 42 Fr.)	232 (197 M. 35 Fr.)	233 (195 M. 38 Fr.)
gebessert	149 (93 „ 5 „)	457 (358 „ 99 „)	463 (362 „ 101 „)
ungebessert ...	429 (319 „ 110 Fr.)	557 (458 „ 99 „)	639 (541 „ 98 „)
nach Sachsenberg usw. überführt	91 Gkr.	—	43 Gkr.
St. Katharinenstift Rostock	—	14 Gkr. (ruhige)	—
Gestorben vom Bestand ...	57 (22 M. 35 Fr.)	94 (45 M. 49 Fr.)	78 (54 M. 24 Fr.)
vom Durchschn.-Bestande	18 %	31,12 %	27 %
infolge Lungen-, Darmtuberk. .	6 (2 M. 4 Fr.)	15 (2 M. 13 Fr.)	15 (11 M. 4 Fr.)
Gesamtausgabe	384 464,86 M.	531 612,89 M.	726 354,95 M.

Rockwinkel-Bremen (15): Anfangsbestand 1917 = 38 (15 H. 23 D.). Zugang 1917, 1918 = 196 (73 H. 123 D.). Entlassen 193 (76 H. 45 D.). Bleibt Bestand für 1919 = 41 (13 H. 28 D.). Von den Aufgenommenen litten an manisch-depressivem Irresein 8 H. 22 D., Melancholie 7 H 30 D., Dementia praecox 6 H. 8 D., Paranoia 3 D., Amentia 1 H. 1 D., Hysterie 4 H. 22 D., Neurasthenie 6 H. 14 D., Alkoholismus 1 H., Morphinismus 6 H. 1 D., Dementia senilis 2 H., 3 D., D. paralytica 6 H. 2 D., D. arterioslcerotica 3 H. 1 D., Lues cerebri 1 H. 1 D., Apoplexie 2 H. 3 D., Epilepsie 2 H. 1 D., Psychopathie 1 H. 1 D., Imbecillitas 4 M. 4 Fr., multiple Sklerose 1 H. Diabetes 1 H., nicht krank 1 H. 6 Fr. Entlassen geheilt 60, gebessert 63, ungeheilt 45, davon 10 nach andern Anstalten übergeführt. Gestorben 25. Die Anstalt befindet sich in fortschreitender Entwicklung; im Jahre 1918 = 11 000 Verpflegungstage mehr — als vor der Übernahme durch den jetzigen Besitzer.

Strecknitz-Lübeck (23): Anfangsbestand 1917 = 297 (149 M. 148 Fr.). Zugang 116 (59 M. 57 Fr.). Abgang 148 (77 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand für 1918 = 256 (131 M. 134 Fr.). Zugang 122 (66 M. 56 Fr.). Abgang 145 (67 M. 78 Fr.). Bleibt Schlußbestand 242 (130 M. 112 Fr.). Vom Zugang 1918 litten an traumatischen Psychosen 2 M., Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen 1 M. 1 Fr., Alkoholismus —, Psychosen bei körperlichen Erkrankungen 1 M. 3 Fr., Lues cerebri, Tabespsychose 1 M. 1 Fr.), progressive Paralyse 8 M. 3 Fr., senilen u. präsenilen Psychosen 7 M. 5 Fr., Hebephrenie 21 M. 26 Fr., epilept. Psychosen 2 M. 2 Fr., einfacher Melancholie 2 M. 3 Fr., Melancholie des Rückbildungsalters 1 Fr., manisch-depressivem Irresein 2 M. 1 Fr., hysterische Persönlichkeiten u. Erkrankungen 2 M. 3 Fr., Neurasthenie 1 M. 1 Fr., Paranoia, paranoide u. quärulatorische Persönlichkeiten 1 M., psychopathische Persönlichkeiten 6 M. 3 Fr., Debilität u. Imbezillität 4 M. 2 Fr.; nicht geisteskr. 4 M. Von den Neuaufgenomme-



nen erblich belastet 25,5 %, vom Bestand 41,87 %, durch Trunksucht 12,1 % aller Fälle. Von den Gerichten zur Beobachtung eingewiesen 11 M. 1 Fr. Entlassen geheilt 14 (5 M. 9 Fr.), gebessert 36 (15 M. 21 Fr.), ungeheilt 29 (17 M. 12 Fr.); nicht geisteskrank 6 M. Gestorben 1917 = 69 (34 M. 35 Fr.), 1918 = 60 (24 M. 36 Fr.).

Roda, Genesungshaus (16): A) Geisteskranke: Anfangsbestand 278 (128 M. 150 w.). Zugang 167 (88 m. 79 w.). Abgang 214 (107 m. 107 w.). Bleibt Bestand 231 (109 m. 122 w.), davon in Familienpflege 15 (6 m. 9 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 108 (49 m. 59 w.), paralytischer Seelenstörung 21 (17 m. 4 w.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 30 (12 m. 18 w.), Epilepsie mit u. ohne Seelenstörung 8 (5 m. 3 w.), Hysterie 4 m. 4 w., andern Krankheiten des Nervensystems 1 Fr.; nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsursachen, angeborene somatische Affektionen: a) angeborene bei 21 (13 m. 8 w.), b) erbliche, familiäre Disposition 13 (5 m. 8 w.), c) sonstige Ursachen 45 (27 m. 18 w.); psychische Affektionen 45 (23 m. 20 w.), Rückfall 22 (7 m. 15 w.); Wiederaufnahme 11 (7 m. 4 w.); nicht zu ermittelnde Ursachen 10 (6 m. 4 w.). Entlassen geheilt 34, gebessert 50, ungeheilt 10. Gestorben 120 (62 m. 58 w.), davon an Lungentuberkulose 42. B. Heilbare Körperkranke, Anfangsbestand 25. Zugang 335. Abgang 340. Bleibt Bestand 20. Von 360 Kr. geheilt entlassen ca. 50 %, verstorben 8,9 %.

Roda, Martinshaus (16): Gesamtzahl der verpflegten Kinder 120, von diesen waren behaftet mit Krampfzuständen 33 (21 Kn. 12 Md.), Lähmungen 17, (10 Kn. 7 Md.). Erbliche Disposition durch Geistes- u. Nervenkrankheiten 53, Alkoholismus 21, Syphilis 4, Tuberkulose 9. Gestorben 12. Schulbesuch mit Erfolg 41 Kn. 20 Md.

Lindenhaus-Lemgo (13): Anfangsbestand 371 (198 M. 173 Fr.). Zugang 108 (65 M. 43 Fr.). Abgang 135 (83 M. 52 Fr.). Bleibt Bestand 344 (180 M. 164 Fr.). Von den 479 Verpflegten (davon 51 Heeresangehörige) waren M. 54,9 %, Fr. 45,1 %, waren nicht geisteskrank 3, litten an einfacher Seelenstörung 384 (203 M. 181 Fr.), Seelenstörung nach Syphilis 15 M. 1 Fr., Imbezillität, Idiotie 8 M. 15 Fr., Epilepsie 7 M. 7 Fr., Alkoholismus 8 M. 1 Fr., Hysterie 12 M. 2 Fr., Neurasthenie 3 M. 2 Fr., Gehirnkrankheit 7 M 10 Fr., waren bei der Aufnahme geisteskrank seit: unter 1 Jahr 112, 1—2 Jahre 48, 2—4 Jahre 44, 4—6 Jahre 31, 6—8 Jahre 44, 8—10 Jahre 46, mehr als 10 Jahre 63, unbek. Zeit 91. Zur Geisteskrankheit erblich veranlagt durch Geisteskrankh. u. Nervenleiden 43 %, Trunksucht 14,8 %, Syphilis 1,8 %, Tuberkulose 6,2 %. Vorbestraft 13,5 %, als Trinker bekannt 13,5 %, tuberkulös 4 %, zur Beobachtung gerichtseitig überwiesen 1 M. 1 Fr. Erkrankt infolge Militärdienst 80 = 17 %. Entlassen erwerbsfähig 23,8 %, gebessert, arbeitsfähig 53,4 %, ungeheilt 22,8 %. Gestorben 42 = 8,9 %, davon infolge Lungentuberkulose 5, progr. Paralyse 2. — Gesamtausgabe: 428 851,76 M.

Wehnen (25): Anfangsbestand 216 (116 m. 100 w.). Zugang 113 (57 m. 56 w.), Abgang 153 (84 m. 69 w.). Endbestand 176 (89 m. 87 w.). Durchschnittsfrequenz um 80 P. niedriger als im Vorjahre. Von Militärpersonen aus dem Vorjahre noch verblieben 5, Neuaufnahmen 16, davon mit psychopathischen

Störungen 5, Schizophrenien 3, Epilepsie 3, manisch-depr. Irresein 2, Dementia paralytica 1, Imbezillität 1. Abgang 16, Schlußbestand 4. Vom allg. Zugang litten an angeborenem Schwachsinn 2 m. 1 w., psychopathischen Störungen 8 m. 5 w., Dem. paralytica 7 m. 1 w., epileptischem Irresein 5 m. 1 w., Hirnverletzung 2 m., präsenilem, senilem Irresein 1 m. u. 6 w. u. 2 m. 9 w., manisch-depr. Irresein 8 m. 12 w., endogener Verblödung 16 m. 16 w., alkohol. Irresein 2 m., syphilitischer Hirnerkrankung 2 m. 2 w., infektiösem Irresein 1 m. 3 w.; nicht geisteskrank 1 m. Gerichtsseitig zur Beobachtung 2 (beide Fälle psychopath. Veranlagung). Entlassen geheilt 6,48 % vom Bestand, 15,92 % vom Zugang. Todesfälle 34 m. 30 w., darunter ca. 20 an Tuberkulose, Schwindsucht, 7 infolge paralytischen Anfalls. Typhus bei 5 Kr., an Influenza erkrankt 47 (35 m. 12 w.), vom Personal 22, Kriegsgefangene 3. — Gesamtausgabe 445 740,89 M.

Bergmannswohl (1): Anfangsbestand im Betrieb der Unfallnervenheilanstalt 13 (8 Beobachtungs-, 5 Behandlungsfälle). Angenommen 597 (484, 113), Abgang 596 (490, 106), Bestand 14 (2, 12): im Lazarett zur Beobachtung u. Behandlung von Heeresangehörigen, übernommen aus 1917 = 108, Neuaufnahmen 583, entlassen 624, bleibt Bestand 67. In der Unfallnervenheilanstalt abgegebene Gutachten 584. Nach Abschluß der Behandlung erlangten außer 2 Fällen völliger Erwerbsfähigkeit $^2/_3$ der Erwerbsfähigkeit 59,32 %, bis zur Hälfte 25,42 %, unter halber Erwerbsfähigkeit 15,26 %, außerdem erstattete Gutachten 63, davon 44 ohne klinische Beobachtung (einfache Untersuchung) abgegeben, 14 auf Grund von Akten, 5 Todesfallakten. Wieder zugegangene Akten über frühere Begutachtungen zur Feststellung rechtskräftiger Sachausgänge behandelt für 300 P., anerkannte Schätzungen $96^2/_3$ %. Unter den Diagnosen der Aufnahmen Nervenschwäche bei 70, quärulatorische 1, Herz-, Schreckneurose 3,1 Hysterie 84, Rentenkampfhysterie 3, hysterische Angstpsychosen 1, Depression 4, Hypochondrie, Seelenstörung 3,3, traumatische Erregung 1, posttraumatische Demenz 3, alkoholische 1, Debilität, Imbezillität 3,3, psychopathische Minderwertigkeit 2, manisch-depressiv 1, progressive Paralyse, Tabesparalyse 1,1, Tabes dorsalis 9, Lues cerebri 4, Epilepsie 24, Dementia praecox 1, Gas- usw. Vergiftung 5, Starkstrom 4, Gehirnerschütterung 112, Kommotionsneurosen 20, Gehirnverletzung u. -blutung 1,1, Rückenmark 2, Aphasie 3 usw.

Eglfing (5): Anfangsbestand 1096 (515 M. 581 Fr.). Zugang 400 (169 M. 231 Fr.). Abgang 486 (246 M. 240 Fr.). Bleibt Bestand 1010 (438 M. 572 Fr.). Entlassen genesen 10, gebessert 201, ungeheilt 13, in andere Anstalten 36; nicht geisteskrank 1. Gestorben 225 (118 M. 107 Fr.) = 15 % des Gesamtbestandes, 20,83 % des Durchschnittsbestandes, davon infolge Lungentuberkulose 67. Grippeepidemie mit zahlreichen Opfern, insges. gestorben 20 m. Kr., 10 w. Kr., 4 w. Personal; Komplikationen mit Lungentuberkulose; bei Jahresschluß insges. erkrankt m. Pers. 30 %, w. Pers. 37,2 %, m. Kranke 12,5 %, w. Kr. 18,5 %. Im Kriege 1914 bis 1918 gefallen vom Personal 28. — Gesamtausgaben für Eglfing und Haar: 2 973 385,26 M.

Haar (10): Anfangsbestand 521 (219 M. 302 Fr.). Zugang 321 (146 M. 175 Fr.). Abgang 313 (153 M. 160 Fr.). Schlußbestand 529 (212 M. 317 Fr.).



Aus der Stadt München aufgenommen 260 (112 M. 148 Fr.), aus dem Res.-Laz. Haar übergeführt 16 M.; 82,5 % aller Aufnahmen stammen aus der Psych. Klinik München. Hauptkrankheitsformen der Aufgenommenen, mehr gegen das Vorjahr 37 (2 M. 35 Fr.): Dementia praecox 33,3 %, progressive Paralyse 15,2 %, man.-depr. Irresein 14,6 %, Psychopathie 7,2 %, Hysterie 5,6 % Epilepsie 4,3 %, Arteriosklerose 4,3 %. Vom Zugang litten an traumatischen Hirnerkrankungen –, Psychosen bei gröberen Hirnerkr. 2 M., bei chron. Vergiftungen (Morph., Kokainismus etc.) 3 (2 M. 1 Fr.), Alkoholismus 2 Fr., Lues cerebri, Tabespsychosen 4 (1 M. 3 Fr.), progr. Paralyse 49 (29 M. 20 Fr.), senilen, präsenilen Erkr. 19 (2 M. 17 Fr.), arterioskler. Erkr. 14 (6 M. 8 Fr.), Kretinismus 2 Fr., endogenen Verblödungen 107 (50 M. 57 Fr.), Epilepsie 15 (12 M. 3 Fr.), manisch-depr. Veranlagungen 47 (13 M. 34 Fr.), hyster. Formen 18 (7 M 11 Fr.), andern psychogenen Formen (Haftpsychosen usw.) 2 (1 M. 1 Fr.), paranoide, quärulator. Pers., Paranoia 1 M., psychopathische Pers. 23 (12 M. 11 Fr.), Imbezillität, Debilität 9 (6 M. 3 Fr.), Idiotie 2 Fr., nicht geisteskrank, nicht psychopath. 2 M. Polizeilich eingewiesen 104 (50 M. 54 Fr.). Abgegangen durch Entlassung 160 (75 M. 85 Fr.), Überweisung an andere Anstalten 15 (8 M. 7 Fr.). Gestorben 138 (70 M. 68 Fr.) = 25,6 % des Durchschnittsbestandes $^1/_3$ aller Todesfälle, 7,7 % des Durchschnittsbestandes (i. Vorj. 8,1 %) Tuberkulose. Sterblichkeitsziffer paralytischer Kr. 31,2 % der Gesamttodesfälle. Alter von 70 Jahren und darüber erreicht von 17 = 12,4 % entsprechend 43,6 % aller Todesfälle. Gesamtsterblichkeit also in relativ normalen Grenzen. — Kinderhaus Haar: Anfangsbestand 68 (53 Kn. 15 Md.). Zugang 71 (47 Kn. 24 Md.), Abgang 71 (41 Kn. 30 Md.). Bleibt Bestand 68 (59 Kn. 9 Md.). Krankheitsformen des Zugangs: Epilepsie bei 5 m., hyster. Persönlichkeiten u. Erkr. 3 (1 m. 2 w.), psychopath. Pers. 4 m., Imbezillität, Debilität 17 (14 m. 3 w.), Idiotie 41 (23 m. 18 w.); nicht geisteskr. 1 Md. Aus der Psych. Klinik München kamen 13 Kinder zur Aufnahme. Erbliche Belastung des Zugangs bei 26 Kn. 29 Md., durch Trunksucht der Eltern bei 1 Kn. 8 Md. Bildungsfähig 38,1 % des Gesamtbestandes (40 Kn. 13 Md.). Sterblichkeit 15 %, i. Vorj. 6 %.

Niedernhart i. Linz (14): Anfangsbestand 1917 = 893 (383 M. 510 Fr.). Zugang 388 (221 M. 167 Fr.). Abgang 600 (348 M. 252 Fr.). Bleibt für 1918 = 681 (256 M. 425 Fr.). Zugang 397 (220 M. 177 Fr.). Abgang 482 (235 M. 247 Fr.). Schlußbestand 596 (241 M. 355 Fr.). Vom Zugang 1917 litten an Idiotie, Imbezillität 28 (21 M. 7 Fr.), einfacher Geistesstörung 303 (159 M. 144 Fr.), komplizierter 51 (35 M. 16 Fr.), alkoholischer 4 M.; nicht geisteskrank 2 M.; 1918 = Idiotie, Imbezillität 23 (18 M. 7 Fr.), einfacher Geistesstörung 309 (168 M. 141 Fr.), komplizierter 57 (27 M. 30 Fr.), alkoholischer 6 M.; nicht geisteskrank 1 M. 1 Fr. Aus Straf- und Untersuchungshaft waren in der Anstalt 1917 = 31, 1918 = 24. Erbliche Belastung in 11 u. 13 Fällen, Alkoholmißbrauch Erkrankungsursache 1917 = bei 10 M., 1918 = 11 M. 1 Fr. Entlassen geheilt 23 (3 M. 20 Fr.) u. 36 (2 M. 34 Fr.). Gestorben 309 (167 M. 142 Fr.) u. 208 (92 M. 116 Fr.), infolge Lungentuberkulose 104 (44 M. 60 Fr.) u. 75 (18 M. 57 Fr.) Typhus epidemisch mit 43 Erkrankungen, 4 Todesfällen. Unerwartet



hohe Zahl von Dauerausscheidungen = 5 % des durchschnittl. Krankenbestandes. Beginn 1919 dank intensiven therapeutischen u. hygienischen Vorgehens Anstalt wieder seuchenfrei. — Gesamtausgabe 1917 = 1 345 087 Kr. 16 h.; 1918 = 1 609 134 Kr. 49 h.

Bernische kantonale Anstalten (2):

Waldau: Anfangsbestand 866 (418 M. 448 Fr.). Zugang 187 (100 M. 87 Fr.). Abgang 221 (125 M. 96 Fr.). Bleibt Bestand 832 (393 M. 439 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen Störungen 8 (7 M. 1 Fr.), konstitutionellen 9 (2 M. 7 Fr.), erworbenen einfachen Störungen, der Dementia-praecox-Gruppe 78 (45 M. 33 Fr.), sonstigen Formen 45 (16 M. 29 Fr.), darunter akute Störungen nach Infektionskrankheiten 19 (8 M. 11 Fr.); paralytischen, senilen, organischen Störungen 23 (10 M. 13 Fr.); epileptischen Störungen 7 (5 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 11 (10 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Zur strafrechtlichen Begutachtung 17 (14 M. 3 Fr.), 7 M. zum Strafvollzug, bedingt erlassen bei 2. Entlassen genesen 24 (16 M. 8 Fr.), an andere Anstalten abgegeben 21 (9 M. 12 Fr.), auf freiem Fuß 28 (20 M. 8 Fr.), zur eigenen Familie 73 (40 M. 33 Fr.), fremde Versorgung 1 M. 2 Fr., repatriiert 3 M. 1 Fr., zu Haft, Gefängnis, Arbeitsanstalt 9 M. Todesfälle 83 (43 M. 40 Fr.) = 7,88 % des Gesamtbestandes, davon an Lungen- und Darmtuberkulose verstorben 20 (11 M. 9 Fr.). Grippe zunächst mit 50—60 Fällen, später schwererer Art mit 239 Fällen. — Gesamtausgaben 1 163 511,22 Frcs.

Münsingen: Anfangsbestand 869 (402 M. 467 Fr.). Zugang 168 (103 M. 65 Fr.). Abgang 209 (136 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 828 (379 M. 449 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen Störungen 9 (8 M. 1 Fr.), konstitutionellen 24 (10 M. 14 Fr.), erworbenen einfachen Störungen 97 (57 M. 40 Fr.), organischen Störungen 10 (6 M. 4 Fr.), epileptischen 4 (3 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 6 (4 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank (gerichtliche Exploranden) 18 (17 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung bei 82 = 48,8 % der Aufnahmen, durch Trunksucht der Eltern 23 %. In Familienpflege auf Jahresschluß 41 (9 M. 32 Fr.). Entlassen genesen oder wesentlich gebessert 25,8 % der Entlassenen, 5,2 % der Verpflegten. Gestorben 96 (52 M. 44 Fr.) = 9,2 % der Verpflegten; 30 % Tuberkulose-Todesfälle. Grippe setzte zweimal epidemisch ein von ca. 140 erkrankten Angestellten, 70 % des Personals, starb 1 Pfl., von 260 erkrankten Pfleglingen erlagen 15 der Seuche. — Gesamtausgaben 1 117 324,70 Frcs.

Bellelay: Anfangsbestand 321 (126 M. 195 Fr.). Zugang 68 (43 M. 25 Fr.). Abgang 71 (42 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand 318 (127 M. 191 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen Störungen 20 (13 M. 7 Fr.), konstitutionellen 26 (14 M. 12 Fr.), erworbenen einfachen 1 M., organischen Störungen 11 (6 M. 5 Fr.), Alcoholismus chron. 1 M., epileptischen Störungen 7 (6 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Zur gerichtlichen Begutachtung 7 Fälle; auf Grund von Sicherungsmaßnahmen interniert 5 M. 2 Fr. Entlassen gebessert 2 M., ungeheilt 4 M.; nicht geisteskrank 2 M. Gestorben 63 (34 M. 29 Fr.) = 16 % der Verpflegten, davon infolge Lungentuberkulose 10. Grippe epidemisch mit 56 Kr.,

22 Pflegern u. 15—20 sonstigen Personen der Ökonomie usw. — Gesamtausgaben 459 038 Frcs.

Waldhaus-Chur (24): Anfangsbestand 335 (169 M. 166 Fr.). Aufgenommen 130 (95 M. 35 Fr.). Abgang 131 (104 M. 27 Fr.). Bleibt Bestand 334 (160 M. 174 Fr.). Diagnosen der frischen Aufnahmen = 112 (81 M. 31 Fr.): angeborene Psychosen 12 (10 M. 2 Fr.), erworbene idiopathische 70 (44 M. 26 Fr.), organische Störungen 14 (13 M. 1 Fr.), epileptische 3 (2 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 3 M.; nicht geisteskrank 10 (9 M. 1 Fr.). Unter den Aufnahmen 2 Familien von zus. 12 Personen, die wegen „religiösen Wahnsinns" zur Behandlung und Beobachtung eingeliefert sind, ferner 5 Kriegsinternierte. Gutachten im ganzen abgegeben 45, davon strafrechtliche 7. Entlassen geheilt, gebessert 42 (31 M. 11 Fr.), ungebessert 33 (27 M. 6 Fr.); nicht geisteskrank 7 M. Gestorben 46 (37 M. 9 Fr.) = 10,1 % des Gesamtbestandes, davon verstorben infolge Lungentuberkulose 10 (7 M. 3 Fr.). — Gesamtausgaben 437 231,10 Frcs.; Krankentagkosten 3,51 Frcs.

Burghölzli-Zürich (4): Anfangsbestand 424 (207 M. 217 Fr.). Zugang 690 (400 M. 290 Fr.). Abgang 696 (400 M. 296 Fr.). Bleibt Bestand 418 (207 M. 211 Fr.). Von den frischen Aufnahmen, 540 (319 M. 221 Fr.), litten an angeborenen Psychosen 22 (12 M. 10 Fr.), konstitutionellen 40 (17 M. 23 Fr.), erworbenen idiopathischen, manisch-depressiven Formen 20 (6 M. 14 Fr.), Verblödungsformen 228 (123 M. 105 Fr.), andern Formen 29 (17 M. 12 Fr.), an organischen Störungen 85 (61 M. 24 Fr.), davon progressive Paralyse 32 (28 M. 4 Fr.), an Epilepsie 24 (14 M. 10 Fr.), Intoxikationspsychosen 62 (39 M. 23 Fr.), davon chron. Alkoholismus 27 (9 M. 18 Fr.); nicht geisteskrank 30 M., hiervon gerichtlich eingewiesen 25 M. Geheilt, gebessert entlassen im Verhältnis zum Gesamtabgang 50 % (1917 = 56 %). Gestorben 80 (52 M. 28 Fr.), infolge Tuberkulose 7 (4 M. 3 Fr.). — Unter den Aufnahmen befanden sich an Militärpatienten, Schweizer Truppen 31 P. (1917 = 10), deutschen Kriegsinternierten 11, davon nicht geisteskrank befundene Exploranden 5 u. 1. — Frequenz in der Psych. Universitätsklinik 752 P. — Abgegebene Gutachten insgesamt 209 (1917 = 197), davon ambulant aus der Poliklinik 53 (1917 = 36), zivilrechtliche Fälle 123, strafrechtliche 59, militärische 19, haftpflichtige 8.

Ellikon (7): Anfangsbestand 18. Zugang 29. Abgang 28. Bleibt Bestand 19. Grad der Intoxikation, Komplikationen usw.: Chron. Alkoholismus bei 13, mit Delirium tremens 3, Debilität 4, bei geistiger Störung 1, mit Alkoholepilepsie 1, Trunksucht auf Psychopathie 3, mit moralischen Defekten 1, einfache Trunksucht 2, bei Debilität 1. Total der Fälle mit erblicher Belastung 18. Die Kurzeit von 12 Monaten haben bestanden nur 11 M., hiervon sind abstinent geblieben 7, rückfällig 2, fraglich 2. Die Heilerfolge früherer Jahrgänge ließen sich infolge der Zeitverhältnisse diesjährig nicht nachweisen.

Friedmatt-Basel (8): Anfangsbestand 286 (123 M. 163 Fr.). Zugang 196 (88 M. 108 Fr.). Abgang 156 (64 M. 92 Fr.). Todesfälle 41 (20 M. 21 Fr.). Bleibt Bestand 285 (128 M. 157 Fr.). Vom Zugang litten an Kretinismus, Idiotie, Imbezillität 8 (4 M. 4 Fr.), konstitutionellen Psychosen 44 (28 M. 16 Fr.).



vorbenen einfachen Psychosen 84 (20 M. 64 Fr.), paralytischen 20 (15 M. 5 Fr.), ilen 13 (9 M. 4 Fr.), andern organischen Psychosen 3 M., epileptischen 13 M. 6 Fr.), alkoholischen 7 (4 M. 3 Fr.), andern toxischen Psychosen 1 Fr.; ;ht geisteskrank —. Entlassen geheilt 19 (8 M. 11 Fr.), gebessert 85 (36 M. Fr.), ungebessert 49 (23 M. 26 Fr.). Gestorben 41. — Gesamtausgaben 3 333,83 Frcs. (Steigerung ca. 1/3.)

Sonnenhalde-Riehen (21): Anfangsbestand 35 w. Kr. Aufnahmen 81. gang 74. Bleibt Bestand 42. Krankenstand der letzten 5 Jahre durchschn. 37,5. llständig geheilt, in Genesung begriffen, im hohen Grade gebessert 21. Gessert 31. Ungebessert 15. Gestorben 2. Kurze Zeit zur Beobachtung 5. Von n Ausgetretenen waren nicht gemütskrank 8, litten oder haben gelitten an angerenen konstitutionellen Formen 7, erworbenen idiopathischen Formen, manischpressiven 19, der Dementia-praecox-Gruppe 31, andere Formen Einzelfälle (Alhol 2). Erbliche Belastung in nur 7 Fällen von 71 zu verneinen. — Laufende isgaben 121 120,38 Frcs.

St. Pirminsberg (22): Anfangsbestand 326 (170 M. 156 Fr.). Aufhmen 91 (40 M. 51 Fr.). Abgang 116 (59 M. 57 Fr.). Bleibt Bestand 301 51 M. 150 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen Psychosen (1 M. 3 Fr.), konstitutionellen Psychosen 9 (8 M. 1 Fr.), einfachen Psychosen, anisch-depressivem Irresein 20 (6 M. 14 Fr.), andern Formen 19 (8 M. 11 Fr.), :hizophrenie 28 (11 M. 17 Fr.), epileptischen Psychosen 3 M., organischen (2 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 1 M. 1 Fr., Kriminelle zur Beobachtung id Begutachtung 3 M. 3 Fr. Von 77 erstmals Aufgenommenen sind erblich bestet 65%, infolge Geisteskrankheit beider Eltern 26 %, Trunksucht des Vaters 5 %. Genesen entlassen 20,7 % des Gesamtabgangs, der Verpflegten 5,8 %. estorben 22 (15 M. 7 Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 4 (3 M. 1 Fr.). rippeerkrankungen mit 53 Fällen, davon 31 (19 M. 12 Fr.) bei den Angestellten, 2 (13 M. 9 Fr.) bei den Kranken. An den Folgen der Grippe gestorben 1 Wärter, Patienten. — Gesamtausgaben 421 829,94 Frcs.; Krankentagkosten 3,56 Frcs. egen 2,85 im Vorjahre.

Rosegg (17): Anfangsbestand 450 (235 M. 215 Fr.). Zugang 140 (76 M. 4 Fr.). Abgang 130 (82 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 460 (229 M. 232 Fr.). on den Aufgenommenen litten an angeborener Geistesstörung 15, erworbener einicher 78, epileptischer 8, organischer 3, paralytischer 6, seniler 21, alkoholischer 9. irbliche Belastung bei 73 (38 M. 35 Fr.). Erkrankungsdauer der erstmals Aufenommenen (118) vor der Aufnahme bis 4 Wochen bei 28 (17 M. 11 Fr.), 2—3 Monate 14 (10 M. 4 Fr.), 4—6 Monate 10 (4 M. 6 Fr.), 7—12 Monate (11 M. Fr.), 1—2 Jahre 14 (3 M. 11 Fr.), 3—5 Jahre 15 (7 M. 8 Fr.), über 5 Jahre 0 (11 M. 9 Fr.). Zur Beobachtung 20 M., 2 Fr., davon strafgerichtlich und ilitärgerichtlich eingewiesen 9. Berichte erstattet über den Geisteszustand von oldaten 19. Ende Dezember sämtliche Militärpatienten entlassen, 1914 waren 3, 1915 = 19, 1916 = 18, 1917 = 31, 1918 = 22, im ganzen 98 Angehörige les Schweizer Heeres verpflegt. Vom Gesamtbestand entlassen geheilt 26, ge-



bessert 31, ungeheilt 9. Gestorben 64 (37 M. 27 Fr.), davon 12 Fälle an Lungenerkrankung als Komplikation der Grippe; an der erkrankt waren 122 Kranke (87 M. 35 Fr.) u. 61 des Personals (33 M. 28 Mr.). — Gesamtausgaben 756 764,10 Frsc. — Schenkungen an den Stiftungsfonds 800,0 Frcs.

Wil-St. Gallen (26): Anfangsbestand 861 (410 M. 451 Fr.). Zugang 423 (215 M. 208 Fr.), davon Geisteskranke 365 (183 M. 181 Fr.). Abgang 445 (238 M. 207 Fr.). Bleibt Bestand 839 (287 M. 452 Fr.). Von den frischen Aufnahmen litten an angeborenen Psychosen 29 (11 M. 18 Fr.), konstitutionellen 34 (17 M. 17 Fr.), erworbenen idiopathischen 112 (54 M. 58 Fr.), davon Schizophrenie mit 64 (19 M. 45 Fr.), an organischen Psychosen 78 (41 M. 37 Fr.), epileptischen 8 (4 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 24 (22 M. 2 Fr.), Erblichkeit bei 56 % M. 43 % Fr.; Alkoholmißbrauch 26 M. 1 Fr. Geheilt entlassen 42 (13 M. 29 Fr.), gebessert 132 (75 M. 57 Fr.), davon an chron. Geisteskrankheiten Leidende 64 M. 47 Fr., ungebessert entlassen 66 (35 M. 31 Fr.), davon nach andern Anstalten übergeführt 6 M. 18 Fr. Gestorben 16 % der Verpflegten, von den Geisteskranken starben 171 (98 M. 73 Fr.) = 16 %, davon zugehörig der Gruppe der paralytischen, senilen und organischen Psychosen 59 % des Gesamtbestandes dieser Gruppe. Grippeepidemie mit 22 Todesfällen, 5 Personal, 17 Kranke. — Gesamtausgaben 104 216,28 Frcs., Krankentag = 3,25 Frcs.

Santiago (18): Anfangsbestand 1918 (902 M. 1016 Fr.). Zugang 1023 (511 M. 512 Fr.). Abgang 929 (420 M. 509 Fr.). Bleibt Bestand 2012 (993 M. 1019 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Dementia praecox 20 %, Intoxikationspsychosen 17 %, neurotischen 13 %, manisch-depressiven Psychosen 11 %, systemat. chronischem Delirium 8 %, Involutionspsychosen 8 %, degenerativen 7 %, Infektionspsychosen 5 %, progressiver Paralyse 5 %, organischen 1 %, autotoxischen Psychosen 0,3 %. Erblichkeit bei 26 %, Alkoholismus 19 %, Senilität 9 %. Epilepsie 8 %, Syphilis 7 %, Infektion 6 %, Hysterie 6 %, Psychopathie 4 %. Kriminalität 4 % des Bestandes. Entlassen geheilt, gebessert 26 % der Aufnahmen. Gestorben 250, hiervon 77,6 % infolge Lungenaffektionen, 27 % derselben Lungentuberkulose. — Das Konsultorium wurde aufgesucht von 4694 Pers., davon waren erkrankt an Hysterie 2579, Epileptiker 362, erkrankt an Syphilis 442, Alkoholismus 19. — In den Beobachtungshäusern aufgenommen 1035, davon der Irrenanstalt zugeführt 997. — Gesamtausgabe 1 185 960 P.

Hilfsverein Hessen (27): Von privaten Gebern gingen ein 32 252,86 M. Beiträge öffentlicher Kassen 5723,30 M., Pflegegelder 8796,67 M. An Unterstützungen wurden verausgabt 20 008,84 M., hiervon entfielen auf in der Anstalt befindliche Pfleglinge 1056,16 M., bei oder nach Entlassungen 4777,87 M., Angehörigen überwiesen 4049,64 M., psychisch Nervösen 1188,50 M., an die Anstalten für in Familien untergebrachte Pfleglinge gezahlt 8836,67 M. — Vermögensbestand in bar 11 139,64 M. Die Beiträge im Rechnungs ahr 1918 sind nicht etwa zurückgegangen, sondern haben das Vorjahr um fast 1500 M. übertroffen.

Hilfsverein Luzern (28): 1917 Mitgliederbestand 91 Sekt. mit 5871 Mitgl. Zugang 107. An Jahresbeiträgen eingegangen 11 679 Frcs., Legaten und Gaben



3539,90 Frcs. Geleistete Unterstützungen für Insassen im St. Urban 15 476,2 Frcs., außerdem 1860 Frcs. 1918: Zugang von neuen Mitgl. 240. Zuwachs der Kapitalrechnung 3590,90 Frcs., Legate und Gaben 3982 Frcs. Unterstützungen nach St. Urban 15 350,15, sonstige 2200. — Vermögensbestand, 246042,35 Frcs.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

I.

1. *Albrecht*, *O.*, Militärärztliche Beurteilung der Psychopathen. Wiener med. Wschr. Nr. 42.
2. *Allers*, *Rudolf*, Nervensystem und Stoffwechsel. Ein Versuch einer Darstellung der nervösen Einflüsse auf die Organe und Funktionen des Körperhaushalts. (T. 1 u. 2.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R.- u. E.-Bd. 19, H. 4/5 u. 6/7. S. 209 u. 321.
3. *Amrein*, *O.*, Die Tuberkulose in ihrer Wirkung auf Psyche und Charakter. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 35.
4. *Axenfeld*, *Th.* (Freiburg i. B.), Tonische Akkommodation. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 4/5, S. 259.
5. *Berze*, *Josef* (Klosterneuburg), Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 1, S. 47.
6. *Boas*, *Kurt*, Über die Beurteilung der Zeugnis- und Eidesfähigkeit Geisteskranker vor Gericht. Würzburger Abh. a. d. Gesamtgebiet der praktischen Medizin (Verlag: Kabitzsch, Leipzig u. Würzburg). Bd. 19, H. 4—5. 73 S. — 2,40 M. (S. 30*.)
7. *Bratz* (Dalldorf), Die Anstaltsbeobachtung zur Prüfung zweifelhafter Geisteszustände, insbesondere nach § 81 der StPO. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5, S. 432. Korreferat zu vorstehendem Aufsatze des Herrn San.-Rat Dr. *Bratz* von Landgerichtsrat Dr. *Ernst Sontag*-Berlin, S. 451 d. Zschr.
8. *Bresler*, *Joh.* (Kreuzburg), Zu § 51 RStGB. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 91. Vgl. auch: *Heinicke*, Einiges zu dem Vorschlage von *Bresler*, Nr. 29/30 u. weiteres zu § 51 von *Bresler* in Nr. 1/2, Jahrg. 22, S. 6.
9. *Bresler*, *Joh.* (Kreuzburg), Die Fließsche Periodenlehre in der gerichtlich-psychiatrischen Begutachtung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1, S. 22.
10. *Christiani*, *A.*, Gli impulsi suicidi nei militari psicopatici. Riv. ital. di neuropat. vol. 12, p. 19.
11. *Dorner* (Dorsten, Westf.), Über den Unterschied der Bestimmungen über den geschäftlichen Verkehr, die in § 104 Z. 2 und § 105 II. des BGB. gegeben sind, vom Standpunkte des psychiatrischen Sachverständigen.



Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1/5, S. 130. (S. 28*.

11 a. *Eisenberg*, Zur forens. Beurteilung sex. Del. im Senium. Diss. Kiel. (S. 33*.)

12. *Erben*, *S*. (Wien), Begutachtung der Kriegsneurosen und Diagnose ihrer Simulation. Wiener med. Wschr. Nr. 19.

13. *Fink*, *Hermann*, Epilepsie und Unfallbegutachtung. II. Unfall durch Anfall. Inaug.-Diss. Würzburg. 48 S.

14. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Wahlrecht, Wahlfähigkeit und Wählbarkeit bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 49/50, S. 313. (S. 29*.)

15. *del Greco*, *Francesco* (Aquila), Sulla questione dell' assenza di „rimorso" nei delinquenti. Il Manicomio Ann. 34, No. 1.

16. *del Greco*, *Francesco* (Aquila), Di alcune caratteristiche della szienza italiana a proposito degli studi di antropologia criminale. Il Manicomio Ann. 32/33, No. 2—3, p. 115.

17. *Gregor*, *Adalbert* (Dösen), Zur systematischen Gestaltung der Erziehung Verwahrloster: Die poliklinische Untersuchung, Klinik für Jugendliche, Heil- und Erziehungsanstalt. Jugendfürsorge Bd. 13, S. 11.

18. *Haberda*, *Albin* (Wien), E. v. Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 10. Aufl. I. Teil. Berlin u. Wien. Urban & Schwarzenberg. 500 S. 18 M. (S. 24*.)

18 a. *Wagner v. Jauregg*, *J*. (Wien), Neue Bearbeitung des psychiatrischen Teils des v. Hofmannschen Lehrbuches der gerichtlichen Medizin. 10. Aufl., völlig umgearbeitet von *A. Haberda*. (S. 24*.)

18 b. *Heinemann*, Die Reform des deutschen Strafrechts. Flugschriften der Revolution. Berlin 1919. (S. 24*.)

19. *Heinicke*, *W*. (Waldheim), Selbstverstümmelung eines traumatischen Hysterikers und Rentenanspruch. Neurol. Ztlbl. Nr. 21, S. 683. (S. 34*.)

19 b. *Heinicke*, Zu § 51 RStGB. Psych. Neurol. Wschr. Nr. 13—14. (S. 25*.)

20. *Hellwig*, *Albert*, Die Bedeutung des kriminellen Aberglaubens für die gerichtliche Medizin. Beiträge zur forensischen Medizin Bd. 2, H. 2—6. Berlin. Adlerverlag. 6 M.

21. *Henneberg*, *R*. (Berlin), Zur Irrengesetzgebung. Vortrag, Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. 13. I. 20, Berlin. Eigenbericht: Neurol. Ztlbl. Nr. 5, S. 175 u. Berl. klin. Wschr. Nr. 17, S. 402 (siehe auch: *Moeli*, Bemerkungen zu obigem Vortrage, S. 388 der gl. Nr. d. Ztschr.) u. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 3, S. 121.

22. *v. Hentig*, *Hans*, Gerichtliche Verurteilung als Mittel des Selbstmordes. Arch. f. Kriminologie Bd. 71, S. 325.

23. *Herschmann*, *H*. (Laibach), Psychopathische Minderwertigkeit und Feldgerichtsbarkeit. Wiener med. Wschr. Nr. 29.



'4. *Höpler*, *Erwin*, Ein Mord in Wachsuggestion. Arch. f. Kriminol. Bd. 71 S. 253.

'5. *v. Höβlin*, *C.*, Über Fahnenflucht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 47, H. 4/5, S. 344. (S. 38*.)

6. *Hoppe*, *Adolf* (Rinteln a. W.), Militärischer Ungehorsam aus religiöser Überzeugung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 5, S. 393. (S. 38*.)

'7. *Horn*, *P.* (Bonn), Weitere Ergebnisse zur Abfindung von Unfallneurosen. Neurol. Ztlbl. Nr. 2, S. 52 und S.-A. aus 100 Jahre A. Marcus u. E. Webers Verlag. (S. 34*.)

'8. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Weitere Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage. Deutsche med. Wschr. Nr. 4, S. 95.

'9. *Hummel*, *Eduard* (Neustadt, Schwarzwald), Die Zurechnung von Straftaten, die im alkoholischen Dämmerzustande begangen sind. (Bemerkungen zu den Ausführungen des Geh. Justizrat *Kade* in gl. Ztschr. Bd. 56, Suppl.) Vjhrschr. f ger. Med. u. öff. San.w. Bd. 58, H. 1, S. 104.

'9 a. *Kamenetzky*, Betrag zur Kasuistik der Sexualverbrechen. Diss. Kiel. (S. 33*.)

'0. *Kluckhohn*, Die Verleitung eines Geisteskranken zum Meineid. „Der Gerichtssaal" Jahrg. 86, S. 315.

'1. *Knepper* (Düsseldorf), Zwei Fälle von progressiver Paralyse als Unfallfolge anerkannt. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, S. 41.

'2. *Kolb* (Erlangen), Die nervös Kriegsbeschädigten vor Gericht und im Strafvollzug. München. J. Schweitzer Verl. 82 S. — 3,00 M. (S. 36*.)

'3. *Kratter*, *Julius* (Graz), Gerichtsärztliche Praxis. II. Bd. Stuttgart. Fr. Enke. 598 S. — 44 M. (S. 24*.)

'3 a. *Kühn*, *Adolf*, Über Epilepsie mit bes. Berücksichtigung der psychischen Epilepsie in gerichtsärztl. Beziehung. Vjhrschr. f. ger. Med. u. öff. San.w. 3. Flg. Bd. 57, H. 1. (S. 27*.)

'4. *Löhers*, *Franz*, Zur forensischen Beurteilung der Imbezillität. Inaug.-Diss. Kiel. 26 S. (S. 32*.)

'5. *Mayer*, *K. E.*, (Tübingen) Miβbrauch der Hypnose zur Vortäuschung geistiger Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 3/4, S. 268. (S. 38*.)

'6. *Mendel*, *Kurt* (Berlin), Transvestitismus und Homosexualität (Kap. XII der „Kriegsbeobachtungen" vgl. gl. Ztschr. 1918). Neurol. Ztlbl. Nr. 1, S. 13.

'6 a. *Meyer*, Ein Beitrag zur Lehre von der forensischen Beurteilung sexueller Delikte. Diss. Kiel. (S. 33*.)

'7. *Miner*, *James Burt*, Deficiency and delinquency. Baltimore. Warwick & York. 1918. — 335 p.

'8. *Mittermaier*, *W.*, Der Ehebruch. Abh. a. d. Geb. der Sexualforschg. Vol. II, H. 1. Bonn. Marcus & Weber.



39. *Moeli*, *C.* (Berlin), Die Rechtslage bei Einweisung in eine Anstalt für Geisteskranke in Preußen. Nach Bemerkungen zum Vortrag des Herrn *Henneberg*: Zur Irrengesetzgebung (Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh., Sitzung vom 10. II. 1919; vgl. S. 402 d. Wschr.). Berl. klin. Wschr. Nr. 17, S. 388. (S. 31*.)

40. *Mönkemöller* (Langenhagen-Hildesheim), Die Simulation psychischer Krankheitszustände in militär-forensischer Beziehung. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 604.

41. *Neste* (Halle-Wittenberg), Die Beziehungen des Status thymico-lymphaticus zum Selbstmord von Soldaten. Arch. f. Psych. Bd. 60. H. 1, S. 43.

42. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Ermordung des eigenen Stiefsohnes im Delirium nach Influenza. Arch. f. Kriminol. Bd. 71. (S. 31*.)

43. Ders. u. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Lustmord eines moralisch defekten Sadisten (mit seltenen, mit der Tat in keinem Zusammenhang stehenden epileptischen Anfällen). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 2, S. 169.

44. *Orth*, *Johannes*, Über die ursächliche Begutachtung von Unfallfolgen. Berl. klin. Wschr. Nr. 11, S. 241.

45. *Pfister*, *Hermann* (Görden b. Brandenburg a. d. Havel), Beleidigung eines Untergebenen durch unzüchtiges Berühren, begangen in noktambulem Zustande. Ein Gutachten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3, S. 21. (S. 33*.)

46. *Pilcz*, *Alexander* (Wien), Forense Psychiatrie während des Krieges. Wiener med. Wschr. Nr. 41.

47. Ders., Kriminalität infolge einer überwertigen Idee (Selbstmord — Beurteilung nach dem Tode des Angeklagten. Gutachten). Wiener med. Wschr. Nr. 49.

48. *Raecke*, *Julius* (Frankfurt a. M.), Über krankhaften Wandertrieb und seine Beziehungen zur unerlaubten Entfernung. Feldärztliche Beobachtungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.w. Bd. 7, H. 2, S. 253. (S. 37*.)

49. Ders., Über Aggravation und Simulation geistiger Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 521. (S. 25*.)

49 a. *Reese*, Zur forensischen Beurteilung der Geistesstörung nach Lues cerebri. Diss. Kiel. (S. 32*.)

50. *Rehm*, *O.* (Ellen-Bremen), Fall H. und Fall Schr. (Zugleich ein Beitrag zur Frage des persistierenden bzw. Residualwahns.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 4/5, S. 270.

51. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Kriegsbeschädigung und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit. Würzburger Abhandlungen Bd. 19, H. 6—9. Leipzig u. Würzburg, C. Kabitzsch. 162 S. — 4,80 M. (S. 35*.)

52. Ders., Zur Reform der ärztlichen Vorbildung in Rücksicht auf die Begutachtertätigkeit. Diskussionsbemerkungen zum Vortrag Prof. *Stenger*-



Königsberg (diese Ztschr. Nr. 17). Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 22, S. 236.

3. *Reukauff, H.* (Colditz), Morde und Mörder. II. Teil. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 1918—19.

4. Ders., Zur Frage der Gemeingefährlichkeit geisteskranker Personen. (Zu der gleichnamigen Veröffentlichung von San.-Rat Dr. *Horstmann*-Stralsund, vgl. gl. Ztschr. 1917, H. 2.) Vjhrschr. f. ger. Med. u. öff. San.-W. Bd. 58, H. 2, S. 224. (S. 29*.)

5. *Rittershaus, E.*, (Hamburg)-Friedrichsberg, Beitrag zur Frage Verbrechen und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 6, S. 720.

6. *Röper, Wilhelm*, Beitrag zur Simulation und Aggravation der akuten Situationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 29 S. (S. 25*.)

7. *Serko, Alfred* (Graz), Über Simulation von Geistesstörung. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 2/3, S. 213.

8. *Siebert, Harald* (Libau), Studien über die Kriminalität Geisteskranker. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37—40, S. 279 u. 300.

59. *Siemerling, E.* (Kiel), Beitrag zur Verantwortlichkeit des Irrenarztes. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 877. (S. 31*.)

60. *Schliephacke, Walter* (Heudeber), Die forensische Beurteilung der Imbezillität. Inaug.-Diss. Kiel. 33 S. (S. 32*.)

61. *Schmidt, Hermann* (Berlin-Wuhlgarten), Über die Ursachen und Auswirkungen epileptischer Erkrankungen und ihren Einfluß auf Zurechnungs- und Verfügungsrecht. Med. Klin. Nr. 52, S. 1329.

62. *Schneickert, Hans*, Das Weib als Erpresserin und Anstifterin. Kriminalpsycholog. Studie. Abh. a. d. Geb. der Sexualforsch. Bd. I, H. 6. Bonn, Marcus & Weber.

63. *Schramm, Fink, Morgenstern, Drescher, Schick*, Epilepsie und Unfallbegutachtung. I—V. Inaug.-Dissertationen. Würzburg.

64. *Schramm, Fridolin*, Epilepsie und Unfallbegutachtung. I. Die epileptiformen Erscheinungen im Gefolge der dauernden traumatischen Hirnschädigung. Inaug.-Diss. Würzburg. 36 S.

65. *Schultze, E.* (Göttingen), Das Verbot der hypnotischen Schaustellungen. (Nach einem Vortrag i. d. Med. Ges. zu Göttingen, 16. X. 19.) Berl. klin. Wschr. Nr. 47, S. 1105, dazu Anmerkungen S. 1127.

66. Ders., Über Gemeingefährlichkeit Geisteskranker vom verwaltungsrechtlichen Standpunkt aus. Ztschr. f. Medizinalbeamte 32. Jahrg., Nr. 4.

67. *Stelzner, Helenefriederike* (Charlottenburg), Zur Psychologie der verbrecherischen Renommisten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 44, H. 3—5, S. 371. (S. 25*.)

67 a. *Stertz*, Verschrobene Fanatiker. Berl. klin. Wschr. Nr. 25, S. 586. (S. 32*.)

68. *Storch, Alfred* (Tübingen), Beiträge zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung und Fahnenflucht im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 4/5, S. 348. (S. 38*.)



69. *Sträußler*, *E.* (Prag), Zur Frage der Simulation von Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 3, S. 207.
70. *Stransky*, *E.* (Wien), Kriegspsychiatrie und Kriegsgerichtsbarkeit. Wiener med. Wschr. Nr. 28 u. 29. (S. 37*.)
70 a. *Strasser*, *Charlot*, Schieberpsychologie. (S. 26*.)
71. *Volkwein*, *Willi*, Zur forensischen Beurteilung sexueller Delikte. Inaug.-Diss. Kiel. 28 S. (S. 33*.)
72. *Wenger*, *Albert*, Beiträge zur Kasuistik der Unfallsimulation. Bern. Ferd. Wyß. 34 S. (S. 35*.)
73. *Wetzel*, *Albrecht* (Heidelberg), Über Massenmörder. Vortragsbericht v. I. VII. 19. Münch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1095.
74. *Widmann*, Die Bedeutung der psychopathischen Konstitution für die Rechtspflege und deren Berücksichtigung im Strafrecht und bei der Strafvollstreckung. Arch. f. Kriminologie Bd. 71, S. 25 u. 132.
75. *Widmer*, *Ch.*, Über Unfalldisposition. Therapie der Gegenw. Nr. 12.
76. *Wurmb*, *Adalbert*, Zur forensischen Beurteilung der senilen Demenz. Inaug.-Diss. Kiel. 30 S. (S. 32*.)
77. *Zwick*, *Josef*, Aus der Praxis der Haftpflicht-Begutachtung. Inaug.-Diss. Würzburg. 56 S. (S. 35*.)

I.

Die gerichtsärztliche Praxis von *Julius Kratter* (33) ist der Niederschlag 40 jähriger Sachverständigentätigkeit und wissenschaftlicher Arbeit. Es soll ein „Buch der Beispiele" sein und ein Führer zur praktischen Verwertung der Lehren der gerichtlichen Medizin. Gutes Deutsch, lebendige Textdarstellung, die von zahlreichen mehr- und einfarbigen Abbildungen unterstützt wird, veranschaulichen in schönster Weise den Stoff der einzelnen Abschnitte. Die Ausstattung ist für die heutige Zeit sehr schön zu nennen.

Gleichzeitig mit diesem Buch erschien der I. Teil des *E. v. Hofmann*schen Lehrbuchs der gerichtlichen Medizin in 10. Auflage. Es ist von *Haberda* (18) herausgegeben, der psychiatrische Teil von *Wagner v. Jauregg* (18a) bearbeitet. Die äußere Gestalt und die Anordnung des Lehrstoffes ist beibehalten, der Inhalt jedoch entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft und auf Grund eigener Erfahrungen des Herausgebers verändert und verbessert. Auch die Ausstattung dieses Buches ist gut.

Heinemann (18 b) führt eine Anzahl von Gründen an, die dafür sprechen, daß eine Reform des Strafrechts notwendig ist, und macht Vorschläge, in welcher Weise dies geschehen soll. Den Mediziner interessiert besonders, daß Verf. auch für die Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit" eintritt; und zwar nicht nur deshalb, weil es die Billigkeit erfordert, bei Bestrafung auf die die Zurechnungsfähigkeit herabsetzenden Faktoren Rücksicht zu nehmen, sondern weil auch der vermindert Zurechnungsfähige einer besonderen Behandlung bedarf, wenn nicht seine geistige Gesundheit weiteren Schaden nehmen soll. Beim Kapitel des



trafvollzuges führt er an, daß sich eine Anzahl namhafter Psychiater gegen chärfungen der Strafen ausgesprochen haben.

Heinicke (19 b) wendet sich gegen den Vorschlag *Breslers*, daß auf Antrag ines Freigesprochenen im Falle von Zurechnungsfähigkeit wegen Geistesstörung der Bewußtlosigkeit und ebenso bei verminderter Zurechnungsfähigkeit statt Freisprechung" „Verurteilung" erfolgen solle, da die Freiheitsstrafe gelegentlich ir den Betroffenen das kleinere Übel gegenüber dem Irrenanstaltsaufenthalt sei. *l*. glaubt, daß ein Jurist nicht verurteilt, wenn eine strafbare Handlung nicht gegeen ist. Auch faßt er es als Wohltat auf, wenn ein Verbrecher als geisteskrank rkannt wird, da er ja dann als „Kranker" behandelt wird, gesellschaftlich nicht ntehrt und auf der andern Seite die Mitwelt auf längere Zeit vor neuen Delikten eschützt ist. Der auf seinen Antrag hin Verurteilte würde dazu oft im Strafvollzug ersagen und doch in der Heilanstalt landen, dadurch würde viel Zeit für ihn veroren gehen. Den Antrag auf Untersuchung des Geisteszustandes aber muß der flichtbewußte Verteidiger stellen, wenn er begründete Zweifel an der Zurechungsfähigkeit seines Klienten hat. Verf. ist dagegen, daß, wenn der Strafvollzug regen Geisteskrankheit „unterbrochen" wird, späterhin die Strafe weiterverbüßt rerden muß, seiner Ansicht nach ist es besser, den Irrenanstaltsaufenthalt in rgendeiner zweckmäßig erscheinenden Form auf den Strafrest anzurechnen.

Die von *Stelzner* (67) als verbrecherische Renommisten bezeichneten Kranken ;ehören der sonst als Pseudologia phantastica bezeichneten Gruppe an. Meist commen die Kranken nur zur Beobachtung, wenn sie kriminell geworden sind; vieviel sonst vorhanden sind, kann also nicht festgestellt werden. Das Typische ın dem Krankheitsbild ist, daß die Neigung zum Lügen von Jugend an besteht, neist in der deutlichen Absicht, sich selbst Vorteile zu verschaffen. Eine Anzahl ron Hochstaplern gehört zu den verbrecherischen Renommisten; Krankhaftes und Gesundes geht hier ohne deutliche Grenze ineinander über.

Röper (56) stellt 3 Fälle gegenüber, die als akute Psychosen in die Klinik camen. In dem einen Falle ließ sich Simulation und Aggravation ausschließen, m zweiten war eine Psychose vorhanden, deren Symptome bewußt stark übertrieben werden, während im 3. Falle reine Simulation angenommen wurde, wenn auch eine gewisse nervöse Schwäche bestand.

Raecke (49) teilt 6 Fälle mit, bei denen Aggravation und Simulation eine große Rolle spielen, und bespricht daran anschließend unter Benutzung der einschlägigen Literatur die Feststellung von Vortäuschung geistiger Störung. Reine Simulation wird wirklich selten sein, aber Täuschungsversuche auf psychopathischer Grundlage kommen verhältnismäßig häufig vor. Allgemein gültige Kennzeichen der Simulation bestehen nicht; es ist gar nicht einmal selten, daß die Beurteilung eines Simulanten von verschiedenen Sachverständigen widerspruchsvoll ist. Simulation schließt geistige Krankheiten nicht aus, aber deshalb ist Simulation noch kein krankhaftes Zeichen. Haltlose Psychopathen und mäßig Schwachsinnige können leicht durch Aggravation ihrer seelischen Abweichungen sich den Schutz des § 51 erlisten. Kriminelle machen sich gern die verschiedene Beurteilung durch Gefängnisarzt und Anstaltsarzt zunutze. Bei Einweisung aus dem Gefängnis in



eine Anstalt handelt es sich nicht selten um eine Aufpfropfung künstlicher Erfindungen auf eine allgemein psychopathische Minderwertigkeit; solche Fälle sind wegen der großen Ähnlichkeit mit den von *Bonhoeffer* u. a. geschilderten degenerativen Hafterkrankungen schwierig zu beurteilen. Bei der Frage der Haft- und Strafvollzugsfähigkeit solcher Pfropfsimulanten ist es ratsam, sich zunächst mal für eine Geisteskrankheit zu entscheiden und dann durch weitere Beobachtung Krankheit und Aggravation zu trennen. Persönliche Erlebnisse in Anstalten dienen nicht selten als Muster für Simulationsversuche. Erworbene Psychosen sind schwerer vorzutäuschen als angeborene Schwachsinnzustände, letztere lassen sich ohne zuverlässige Vorgeschichte kaum entlarven. Epilepsie ist leicht zu simulieren, und der Wunsch. aus dem Gefängnis in die Klinik zu gelangen, ist gar nicht so selten die Ursache. Die Gefahr der Täuschung eines epileptischen Anfalles, bei dem nicht einmal der blutige Schaum vor dem Munde fehlt, ist groß. Es stimmt nicht, daß der Simulant fast immer plump übertreibt oder sich in Widerspruch verwickelt. oder daß das von ihm gebotene Bild sich mit den Erfahrungen des Psychiaters nicht deckt; der vom Verf. berichtete Fall weist zahlreiche Schwierigkeiten auf, die bei der Unterscheidung zwischen Simulation und Geistesstörung auftreten. Es besteht zwischen Haftpsychosen, Dämmerzuständen, andern derartigen psychogenen Störungen und Simulation eine enge Verwandtschaft. Einzelne Momente der Simulation vermögen auf eine Person so überzeugend einzuwirken, daß sie die Bedeutung einer starken Suggestion erlangen und ihn in eine förmliche Autohypnose versetzen. Psychopathische Schwindler glauben nicht selten infolge ihrer krankhaften Autosuggestibilität an ihre Erfindung.

„Vorbeireden" und die Angabe eines „Dämmerzustandes" sind beliebte Simulationsmanöver. Verf. warnt vor Simulationsriecherei, aber auch vor zu weitgehender Vertrauensseligkeit; der Nachweis einzelner krankhafter Züge genügt nicht, um gleich alles, was geboten wird, für krankhaft anzusehen. Dem Eingeständnis von Simulation gegenüber muß man mißtrauisch sein, und stets ist das Geständnis, das dem Arzt wohl ein Fingerzeig für eine Simulation, aber kein Beweis sein soll, einer näheren Prüfung zu unterziehen. Dasselbe gilt in erhöhtem Maße von den Aussagen der Mitkranken, und bis zum gewissen Grade auch von denen des Pflegepersonals. Das Verhalten des Simulanten zur Umgebung, insbesondere wenn er sich allein wähnt, spielt eine große Rolle bei der Beurteilung. Plötzliches Einsetzen der geistigen Störung bei ungünstiger äußerer Situation ohne voraufgegangene Krankheitszeichen und ohne befriedigende Grundlage ist immer verdächtig. Mitteilungen der Angehörigen in Begutachtungsfällen sind mit Mißtrauen aufzunehmen, Zeugenaussagen haben nur bedingten Wert. Auch die ärztlichen Bekundungen in den Akten, sofern sie nicht von fachärztlicher Seite stammen, sollen nicht ungeprüft übernommen werden. Selbst nicht einmal die Tatsache, daß der zu Begutachtende schon früher als Patient in einer Anstalt war, soll genügen, um darauf Annahmen aufzubauen.

Charlot Straßer (70 a) will in seiner Schieberpsychologie nicht den Begriff des Schiebers kleinlich nach den Wucherverordnungen abgrenzen oder dessen Psychologie untersuchen, sondern er will den Persönlichkeiten nachgehen, die auf



Kosten der Mitbewohner materiell zu Schädlingen werden, um festzustellen, ob sich gemeinsame Züge an ihnen allen nachweisen lassen und ob sie dem Typus des Schiebers entsprechen. In dem festgewordenen Begriff „Schieber" liegt ein Symbol für Korrumpiertes, Unrechtes, Unrechtmäßiges, das wohl einer triftigen Abwehrreaktion des sozialen Empfindens gegen einen bestimmten Typus Mensch entspringt. Alle Träger und Führer eines die Allgemeinheit schädigenden und gefährdenden Schieber- und Kettenhandels mit all ihren letzten Ausläufern wie Schmuggel, Bestechung, Schwindel, Betrug usw. sind nach Ansicht des Verf. die Werkzeuge und Instrumente eines gewaltigen kollektiv- und kumulativverbrecherischen Treibens. Das Auffallende und Wesentliche davon ist die gegenseitige Steigerung und Rückwirkung der Schieber und ihrer Ideen aufeinander. Ein Kumulativverbrechen entsteht meist aus kleinen alltäglichen, an sich kaum verfolgten Handlungen. Die Beteiligten sind sich nur ihrer ihnen subjektiv gering erscheinenden Beiträge bewußt. Das Schiebertum ist ein kumulatives Treiben, für das man die Schuldformen als vorsätzlich-fahrlässig bezeichnen könnte, das eine auf viele Rücken verteilte Verantwortlichkeit und Schuld hat. Die Individuen, die an Schiebergeschäften beteiligt sind, deren soziales Verantwortlichkeitsgefühl vor allen Dingen defekt oder wankend sein muß, rekrutieren sich doch aus den haltlosen Elementen; neben diesen moralisch Minderwertigen findet man aber noch deutlich gekennzeichnete Psychopathen. Es wird schwer sein, das Schiebertum einzudämmen; das therapeutische Heilprinzip, von dem man ausgehen muß, ist das Erwecken des Verantwortlichkeitsgefühls.

Kühn (33 a) spricht über den Krankheitsbegriff der Epilepsie, der in den letzten Dezennien sich wesentlich geändert hat. Aus der Motilitätsneurose mit psychischen Erscheinungen wurde eine Psychose mit motorischen Erscheinungen, heute weiß man, daß letztere häufig, aber keineswegs in allen Fällen vorhanden sind, und daß häufig eine allmähliche Umwandlung des geistigen Wesens stattfindet, die bald mehr den Charakter, bald mehr auch die Intelligenz betrifft. Als Sitz wird heute allgemein die Hirnrinde angenommen, wenn auch von vielen die anatomischen Veränderungen nur als Folge von Stoffwechselstörungen oder abnormen biochemischen und bioelektrischen Vorgängen angesehen werden. Die Epilepsie ist, ganz gleich, welche Ursache sie hat, eine spezifische Konstitutionsanomalie, eine epileptische Diathese, die vererblich ist und der Deszendenz die gleichwertige Krankheit oder die Disposition zu dieser bzw. zu Erkrankungen der Rindenzellenschicht, also zu Hirnleiden überhaupt, überträgt. Der Verlauf der Erkrankung bzw. ihre Symptome treten also verschiedenartig auf. Verf. teilt 37 Gutachten als Beitrag zur weiteren Kenntnis der genuinen Epilepsie mit. Es handelt sich 24 mal um männliche und 13 mal um weibliche Personen im Alter von 16—59 Jahren. Die ersten Anfälle sollten 3 mal im ersten Lebensjahre, 5 mal in den Schuljahren, 8 mal in der ersten, 5 mal in der zweiten Hälfte der zwanziger Jahre und 4 mal als Spätepilepsie um das 50. Jahr aufgetreten sein, und 12 mal war die Zeit des ersten Insultes nicht anzugeben. In 17 Fällen bestanden die Anfälle in Bewußtlosigkeit mit Muskelkrämpfen, in 8 Fällen waren neben solchen Anfällen noch Paroxysmen von Bewußtseinsstörung ohne Krämpfe.



also rein psychische Insulte, aufgetreten, und in 12 Fällen sollten nur solche psychischen Insulte vorgekommen sein. Nach Mitteilung der einzelnen Fälle, die insbesondere gerichtsärztlich sehr interessant sind, wirft Verf. die Frage nach der Ätiologie der Epilepsie auf und kommt, wie schon gesagt, zu der Auffassung, daß als Ursache nur die Heredität in Frage kommt, und daß alle uns bekannten als vorbereitende Ursachen geltenden Momente nur als Paroxysmen auslösende gelten können. Die Epilepsiebereitschaft ist verschieden groß, bei dem einen genügt eine geringe Erschütterung des körperlichen oder psychischen Zustandes, um Epilepsie hervorzurufen, beim andern bedarf es erst schwerer en- oder exogener Einwirkungen. Werden erst eine Reihe rein psychischer Vorgänge und mancher epileptoider Zustände zur Epilepsie gerechnet, so dürfte die Zahl der Epileptiker sehr groß sein. In 15 seiner Fälle konnte *K.* die Heredität der Epilepsie feststellen. Als auslösende Ursache kamen Infektionskrankheiten, Alkoholintoxikationen, stärkere Ermüdung, Verbrauch der Körperkraft in Frage; ferner psychische und somatische Traumen. Nach der Auffassung des Verf. können seelische Erschütterungen dieselben Folgen auslösen wie eine direkte Erschütterung des Gehirns.

II.

Unter Anführung zahlreicher einschlägiger medizinischer und juristischer Literatur definiert *Dorner* (11) die in den beiden fraglichen Paragraphen wichtigen Ausdrücke, wie Geschäftsfähigkeit, freie Willensbestimmung, krankhafte Störung der Geistestätigkeit, Bewußtlosigkeit, vorübergehende Störung der Geistestätigkeit. Durch Erfüllung der Bestimmungen des § 104 Z. 2 wird die handelnde Person geschäftsunfähig erklärt, durch § 105 II wird nur die Willenserklärung für nichtig erachtet, während im übrigen die Person völlig geschäftsfähig bleibt. Unter § 104 Z. 2 fallen die chronischen Geisteskrankheiten, die Verf. in ihrem Verhältnis zu dem betreffenden Paragraphen näher beschreibt. Volle Einigkeit herrscht nicht bei den Sachverständigen über eine reinliche Scheidung der Geistesstörungen, die unter § 104 Z. 2 und § 105 II gehören, es gibt Übergänge; in Zweifelsfällen wird der Gutachter sich von der Rücksicht auf die Kompliziertheit des Falles oder die Verhältnisse leiten lassen. Verf. bespricht den Unterschied, den die Zustände von Bewußtlosigkeit von vorübergehender Geistesstörung, die für den § 105 II in Betracht kommen, gegenüber den oben erwähnten chronischen Geisteskrankheiten bedingen. Bewußtlosigkeit bzw. der halbwache Zustand kommt nur vor bei Schlaftrunkenheit, Aufwachen aus Ohnmacht, bei einer Gebärenden, Betäubung nach Trauma, Gehirnerschütterung, Nachtwandeln, Fieberdelirien, einem Rausch. Vorübergehende Zustände von Geistesstörungen teilt *D.* ein in Geisteskrankheiten von kurzem Verlauf und in die eigentlichen transitorischen Geistesstörungen; letztere treten auf im Delirium tremens, bei Arzneivergiftungen, bei Epilepsie und Hysterie, bei Arteriosklerose, der Hypnose, bei Zwangsvorstellungen sowie bei Erkrankungen, die auf dem Boden der Degeneration, der Neurosen, der chronischen Erschöpfung, der Intoxikation und des Traumas entstehen. Simulation ist natürlich stets auszuschließen. Verf. glaubt, daß sich die einzelnen Krankheitsbilder trotz mancher Zweifelsfälle, die nicht auszuschließen sind und

rotz mancher vorhandenen Übergänge ohne großen Zwang den Paragraphen inordnen lassen.

Entmündigte und unter vorläufiger Vormundschaft stehende Personen sind ιach *Fischer* (14) vom Wahlrecht und der Wählbarkeit auszuschließen. Zwei Drittel aller Anstaltspfleglinge sind demnach wahlberechtigt. Vom ärztlichen Standpunkt aus ist hier auf eine Gesetzesänderung hinzuwirken. Die Frage nach ler Beaufsichtigung während des Wahlaktes, der Begleitung, des Transportes ist ιur schwierig zu lösen. Wird es nicht leicht zu Störungen kommen? Auch ohne ιusgesprochene Entmündigung ermangeln viele Anstaltsinsassen der Selbstbestimmung und der Geschäftsfähigkeit, so daß ihnen die innere Eignung zum Wählen ehlt. Die gültige Erklärung über die Geschäftsfähigkeit ist Sache des Richters, lem der Arzt die nötigen Unterlagen in die Hand gibt. Könnte auch nicht jede Wahl, an der Geisteskranke sich beteiligt haben, leicht angefochten werden, zumal ιusgesagt werden könnte, die Kranken seien von den Ärzten oder dem Personal beeinflußt worden? Die Wahlkämpfe würden leicht Unfrieden stiften, und diese Momente der Unruhe und Erregung würden dem Wohle der Kranken und den Heil- und Behandlungstendenzen des Arztes stracks zuwiderlaufen. Der Arzt und Psychiater kann immer nur wieder geltend machen, daß die psychisch Leidenden, auch wenn sie wahlfähig sind, besser mit den Aufregungen des Wahlkampfes verschont bleiben, und es wäre das einfachste, es bei der bisherigen eingebürgerten Gewohnheit des allgemeinen Nichtwählens der Pfleglinge zu belassen. Auch von anderer, insbesondere von juristischer Seite möge man einmal Bedenken über das Wahlrecht und die Wählbarkeit der Anstaltspfleglinge machen.

Reukauff (54) nimmt zu der in gleicher Zeitschrift, Jahrg. 1917, 2. Heft erschienenen gleichnamigen Abhandlung *Horstmanns* Stellung. *Horstmann* empfiehlt die Entmündigung von gemeingefährlichen Geisteskranken in viel weitergehendem Maße als bisher; er will deshalb den Begriff der Gemeingefährlichkeit erweitert wissen. Zu den Personen, die Leben und Eigentum einer unbestimmten Anzahl von Personen gefährden, will er auch die hinzurechnen, die das „Ansehen der Mitmenschen" untergraben. Er beklagt, daß es eine genaue Umschreibung der Kriterien der Gemeingefährlichkeit nicht gibt. Er wünscht eine weitgehende Erleichterung der Entmündigung zum Schutze der Gesellschaft und zum Wohle des Erkrankten selbst. *Horstmanns* Arbeit gipfelt in der Erwartung, daß die sozialen Faktoren später in einem bestimmten Lebensalter den Befähigungsnachweis der Geschäftsfähigkeit fordern werden, und klingt in der Hoffnung aus, daß die Menschheit sich zu einer quantitativen Abstufung der Wertschätzung des Individuums, einer Einschränkung der bürgerlichen Freiheiten für die Schädlinge der Rasse gezwungen sehen wird. Verf. führt aus, daß die Klage über die Ungenauigkeit des Begriffs Gemeingefährlichkeit berechtigt ist. Mit dem Gebrauch dei Bezeichnung „gemeingefährlicher Geisteskranker" und dem der „Gemeingefährlichkeit" überhaupt muß man vorsichtig umgehen lernen. Daß der Ausdruck der Gemeingefährlichkeit in der Polizeisprache oft nur eine lebhaftere Neigung zum asozialen Verhalten bekunden soll, berechtigt für den Psychiater seine Anwendung ebensowenig als die Gepflogenheit, eine besonders schwere Straftat mit dieser Bezeich-

nung zu belegen. Es gibt wenige Geisteskrankheiten, bei denen nicht einmal eine Gefährlichkeit für die Umgebung eintreten kann. Bei den unvorhergesehenen Rückfällen Entlassener oder den Gewalttaten bis dahin harmloser Kranker muß man von Unglücksfällen sprechen, und der Irrenarzt darf ein gewisses Risiko nicht scheuen, will er seiner Aufgabe an der Heilung seiner Kranken und Erlangung der ihnen zustehenden Rechte zu arbeiten, nachkommen. Verf. hat mit Zuchthäuslern, die während des Krieges zu allen möglichen Arbeiten herangezogen wurden, die besten Erfahrungen gemacht. Die Entscheidung darüber, ob ein geisteskranker Anstaltsinsasse noch als gefährlich zurückbehalten werden muß, ist durchaus Arztsache. Die Erleichterung dieser Aufgabe durch eine genauere, auf Einzelheiten beruhende Umgrenzung der Kriterien der Gemeingefährlichkeit gibt es nicht, und man würde mit der Festsetzung des Begriffes „Gemeingefährlichkeit" auch nicht aus den Kämpfen um die Entlassung solcher Patienten herauskommen. Das können wir nicht durch Erweiterung des ärztlichen Gewissens, sondern dadurch, daß wir den praktischen Erfahrungen Rechnung tragen und ein gewisses Risiko in Kauf nehmen.

Boas (6) spricht zunächst über die allgemeinen Gesichtspunkte, die sich bei der Behandlung der Zeugnis- und Eidesfähigkeit Geisteskranker ergeben. Beide sind scharf zu trennen. Er erörtert das Wesen und die Bedeutung des Eides und kommt zu dem Schluß, daß die jetzige Fassung des § 56 der deutschen StPO., der angibt, welche Personen unbeeidigt zu vernehmen sind, keineswegs besonders glücklich ist, weil sie zu mehrfacher und verschiedener Kommentierung Anlaß gibt. Die Frage der Zeugnisfähigkeit bleibt in § 56 vollständig offen und wird prinzipiell auch den Geisteskranken zugestanden, doch bleibt dem Richter die Würdigung der Aussage vorbehalten. Die Zeugnisfähigkeit beruht auf der psychischen Möglichkeit, 1. etwas aufzufassen, 2. dasselbe zu behalten, 3. das Behaltene zu reproduzieren. Jede dieser Komponenten ist durch äußere und individuelle Momente zu beeinflussen. Ermüdung, Affekt, Beschäftigung, Unterhaltung spielen eine große Rolle. Der Eindruck irgendeines Vorfalles ist sehr verschieden. Die Fragestellung beeinflußt die Antwort oft sehr. Bei Kindern kommt zu all dem die Suggestibilität und die Phantasie des jugendlichen Alters hinzu. All diese Schwierigkeiten vermehren sich bei Personen mit psychischen Grenzzuständen. Belastungszeugen, deren Geisteszustand irgendwie in Zweifel gezogen wird, müssen fachärztlich begutachtet werden. Im Bewußtsein gestörte Kranke sind niemals Zeugen im Sinne der StPO. Geisteskranke legen nicht unter allen Umständen ein falsches Zeugnis ab, sondern machen sehr wohl richtige Aussagen vor Gericht, da aber Täuschungen auftreten, so darf ein Geisteskranker nur als Indizienzeuge fungieren. Ist die Möglichkeit einer Nachprüfung nicht vorhanden, so soll man auf das Zeugnis verzichten. Bei ausgesprochener Geistesstörung unterscheidet *B.* folgende Typen von falschen Aussagen: 1. den paranoischen Typus, 2. den halluzinatorischen Typus, 3. den hysterischen Typus mit dem Ausdruck der Autosuggestibilität, 4. die Pseudologie der Schwachsinnigen mit moralischen Defekten, 5. den pathologischen Typus. Wenn schon die Zeugenaussagen der Kinder sehr vorsichtig zu beurteilen sind, so erst wohl die der Imbezillen und Idioten, deren



Angaben wegen der großen Beeinflußbarkeit häufig unzuverlässig sind. Kranke mit Hebephrenie gelten im allgemeinen als zeugnisunfähig, desgleichen Personen mit manisch-depressivem Irresein. Bei Paralytikern kommt es sehr wohl auf das Stadium der Erkrankung an. Die Frage nach der Zeugnisfähigkeit bei Altersblödsinn und insbesondere bei Presbyophrenie ist zu verneinen. Bei alkoholischen Geistesstörungen sowie bei Epilepsie kann man nur im Einzelfalle entscheiden. Große Schwierigkeiten verursachte die Beurteilung der Zeugenaussagen hysterischer Personen. Am Schluß erörtert Verf. die Frage der Selbstanzeigen Geisteskranker. Zuchthäusler bezichtigen sich nicht selten selbst, um dadurch eine psychiatrische Begutachtung und dadurch eine Besserung ihrer Lage herbeizuführen. Bei allen Selbstanzeigen ist die Annahme eines pathologischen Vorganges zum mindesten von vornherein nicht von der Hand zu weisen und deshalb das Zeugnis eines psychiatrischen Sachverständigen anzuraten.

Siemerling (59): Patientin, die wegen einer psychischen Erkrankung in die Klinik aufgenommen und nach kurzer Beobachtung in die offene Abteilung verlegt war, machte einen Selbstmordversuch durch Sprung aus dem Fenster, wobei sie sich eine Wirbelverletzung zuzog. Der Ehemann klagte auf Schadenersatz gegen den Fiskus. Die Sache ging bis an das Reichsgericht; da die verschiedenen Gutachter zu widersprechenden Resultaten kamen, wurde zweimal ein Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eingefordert. Auf Grund dieser kam das Gericht zu dem Schluß, daß ein Verschulden des Direktors der Klinik nicht anzunehmen sei, und wies die Ansprüche des Klägers ab.

Der Arzt, gegen den, nach *Moeli* (39), Schadenersatzansprüche wegen Freiheitsberaubung infolge Aufnahme oder Einweisung in eine Anstalt geltend gemacht werden, wird den Nachweis eines befugten, also nicht gesetzwidrigen Eingreifens zu führen haben. Gegebenenfalls muß der Arzt die Polizei oder das Vormundschaftsgericht um Mitwirkung angehen. Die rechtlichen Beziehungen Geisteskranker sind gesetzlich geregelt; ein besonderes Irrengesetz ist nicht erforderlich. Wünschenswert erscheint es, die rechtlichen Voraussetzungen der unfreiwilligen Aufnahme und der Einbehaltung der Kranken für das ganze Reich einheitlich zu regeln.

III.

Obersteiner (42) berichtet über einen Mann, der seinen Stiefsohn erschlagen hat. Am Tage nach der Tat wurde er untersucht und für gesund erklärt. Zwei Sachverständige sprachen sich dahin aus, daß er zwar an Influenza oder Typhus erkrankt gewesen sei, aber sich nicht im Zustande von krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe; er wurde deshalb zum Tode verurteilt. Bei der Revision des Urteils wurden von zwei Psychiatern zwei widersprechende Gutachten abgegeben. Der erste hält ihn für einen Epileptiker, der die Tat in geistiger Verwirrung vollbracht haben kann. Der zweite ist der Ansicht, daß er seiner Vernunft nicht beraubt gewesen sei. Ein anderer Arzt will die Zeichen einer überstandenen Gehirnapoplexie bei ihm festgestellt haben, hält ihn aber für geistig vollkommen gesund. Das Ergebnis der Untersuchung von der Fakultät ergibt, daß der Angeschuldigte ein Mensch von ausgesprochener nervöser Konstitution ist, bei dem



wiederholt epileptische Anfälle unter der Form des petit mal aufgetreten sind. Er erkrankte an Influenza, in deren Verlaufe sich mehrmals transitorische, delirienhafte Zustände einstellten. Die Fakultät spricht sich dahin aus, daß der Angeklagte ein Mensch von sicherer, nervöser Disposition ist und die Ermordung seines Stiefsohnes während eines im Verlauf einer fieberhaften Krankheit (mit größerer Wahrscheinlichkeit Influenza) auftretenden Deliriums vollbracht hat. Verf. erinnert daran, daß während der jetzigen Grippeepidemie bei ähnlichen Vorkommnissen an einen Zusammenhang der Tat mit der Erkrankung zu denken ist.

Nach einer Einleitung über die Imbezillität im allgemeinen berichtet *Löhers* (34) über 2 in der Kieler Klinik begutachtete jugendliche Angeklagte. Die eine hatte ein Kind zu vergiften versucht, die zweite mehrfach gestohlen. In beiden Fällen wurde die Imbezillität für so erheblich gehalten, daß den Angeklagten der Schutz des § 51 StGB. zugebilligt werden mußte.

Nach einer allgemeinen Schilderung des Krankheitsbildes der Imbezillität und Besprechung der Anwendung der in Frage kommenden Paragraphen der Gesetzgebung auf diese Krankheit teilt *Schliephake* (60) 4 in der Kieler Klinik beobachtete Fälle mit, bei denen ein so hoher Grad von Imbezillität vorlag, daß eine Störung der Geistestätigkeit angenommen wurde, durch die die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Ein 71 jähriger Mann war wegen gewerbsmäßiger Hehlerei angeklagt und der Kieler Klinik zur Beobachtung überwiesen worden. Das Gutachten *Wurmbs* (76) lautete dahin, daß keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Geistesstörung vorliegen. Nach 3 Jahren wurde der Mann wieder der Klinik zugeführt, wo eine „senile Form der Melancholie" festgestellt wurde, die in Demenz überging. Verf. schließt aus dem Verlauf, daß zur Zeit der Begehung der Tat schon eine beginnende Demenz vorhanden war; er hält es für wünschenswert, daß sich Psychiatrie und Rechtsprechung eingehender mit dem Studium des Seelenlebens des Greises befassen.

Stertz (67 a) geht auf 6 Fälle ein, die Psychopathen betreffen, die in fanatischer Weise Ideen vertreten, die mit denen der Allgemeinheit und der bestehenden Ordnung unvereinbar sind. Wenn auch diese Ideen nicht absolut unsinnig erscheinen, ja sogar unter veränderten Verhältnissen nicht wirklichkeitsfremd erscheinen könnten, so liegt doch in der lebhaften Affektbegleitung und in dem starren Festhalten und in dem fanatischen Verfechten etwas Krankhaftes.

Reese (49 a) teilt 2 Fälle von Lues cerebri mit, die im forensischen Gutachten unter den Schutz des § 51 gestellt werden. Im Fall I war die Denktätigkeit, die Fähigkeit der Überlegung und das Verständnis für ethische Begriffe durch die Lues bei einem von Haus aus minderwertigen und schwachsinnigen Manne derart in Mitleidenschaft gezogen, daß erhebliche Bedenken gegen die Zurechnungsfähigkeit bei Begehung eines Diebstahls bestehen. Im andern Falle hatte ein Mann ca. 1½ Jahre nach der syphilitischen Infektion mehrere Urkundenfälschungen begangen. Das Gutachten lautete dahin, daß die Straftaten nicht in Anfällen von Bewußtseinsverlust oder Bewußtseinstrübung ausgeführt seien, sondern daß die Schwindeleien nur als Ausdruck der durch die krankhaft gestörte Gehirntätigkeit



hervorgerufenen Charakterveränderung zu betrachten seien. Die Lues hatte in kurzer Zeit aus einem ruhigen, unbescholtenen und ordentlichen Geschäftsmann einen aufgeregten Menschen gemacht, dessen Wesen völlig umgewandelt, der brutal gegen seine Familie war und sich in wilde und gewagte Geschäfte verwickelte. Diese Charakterdegeneration läßt die Annahme zu, daß er zur Zeit der Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit sich befunden hat.

Kamenetzky (29 a) hat die verschiedenen Arten von 111 Sexualverbrechen, die sich unter den forensischen Gutachten fanden, die von 1898—1917 an der Psychiatrischen Klinik in Zürich erstattet wurden, statistisch zusammengestellt. Unter den 111 Fällen waren 108 Männer. Der Prozentsatz der begutachteten zu den verurteilten Fällen ist sehr gering. Von den 111 Sittlichkeitsverbrechern litten 33 an Schwachsinn, 27 an angeborener Psychopathie, 12 an Dementia senilis, 10 an Alkoholismus. Andere Tabellen zeigen das Verhältnis von Sexualdelikten zu den Altersstufen. Bei früher unbescholtenen Sexualverbrechern, deren Delikt jeweils des 50. Lebensjahres geschah, ist regelmäßig eine Begutachtung auf das Vorhandensein arteriosklerotischer oder seniler Störungen vorzunehmen. 47 mal wurde bei den 111 Fällen Unzurechnungsfähigkeit angenommen, am meisten bei Notzuchtsverbrechern. Meist schloß sich der Richter der Ansicht des Gutachters an, in 3 von 66 Urteilen entschied er gegen den Psychiater.

Volkwein (71) berichtet über 2 der Kieler Klinik zur Beobachtung überwiesene Sittlichkeitsverbrecher. Der erste, 80 Jahre alt, hatte sich an einem Schulmädchen vergangen. Der zweite, 64 Jahre alt, war wegen homosexueller Handlungen mit einem Knaben angeklagt; er hatte auch versucht, sich weiblichen Personen und Kindern zu nähern; einige Jahre früher schwebte eine Untersuchung gegen ihn wegen Exhibitionismus. In beiden Fällen wurde das Gutachten dahin abgegeben, daß zur Zeit der Begehung der Tat ein Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit nicht anzunehmen sei.

Meyer (36 a) bringt zwei ähnliche Fälle, die aber Angeklagte im mittleren Mannesalter betreffen. Im ersten Fall handelt es sich um Exhibitionismus und passive Masturbation; 8 Kinder waren beteiligt. Die Frage nach Geisteskrankheit wurde verneint. Der 2. Angeklagte hatte ein 9jähriges Mädchen vergewaltigt; Epilepsie und Alkoholintoleranz wären nicht sicher auszuschließen. Das Gutachten wurde dahin abgegeben, daß eine sichere Entscheidung nicht zu fällen sei, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit dafür in Anspruch zu nehmen sei, daß bei der Tat eine die freie Willensbestimmung ausschließende Störung der Geistestätigkeit bestanden habe.

In den 3 von *Eisenberg* (11 a) geschilderten Fällen, die Männer betrafen, die über 60 Jahre alt waren und unzüchtige Handlungen mit Kindern vorgenommen hatten, ergab die Beobachtung in der Klinik das Vorliegen beginnender oder ausgesprochener Dementia senilis. Die Gutachten werden dementsprechend dahin abgegeben, daß die Handlungen in einem Zustande begangen seien, der die freie Willensbestimmung ausschloß.

Pfister (45) schildert folgende Beleidigung eines Untergebenen durch unzüchtiges Berühren, begangen im noktambulen Zustande. Ein 19 Jahre alter





Kavallerieoffizier steigt nachts im Unterstand aus seinem Etagenbett, das sich oberhalb des Burschenlagers befindet. Seinem Burschen tastet er am Geschlechtsteil und After herum, und auf dessen Anruf wird der Leutnant wach, der nicht weiß, wie er aus seinem Bett herauskam. Der Angeschuldigte wies neben Blutarmut und Unterernährung zahlreiche morphologische und funktionelle Entartungsmerkmale auf. Schon in der Kindheit und Pubertät bestanden Schlafstörungen sowie Nachtwandeln. Homosexuelles war nicht festzustellen. Vom Verf. wurde angenommen, daß der Leutnant in der fraglichen Nacht als Schlafwandler und daher „bewußtlos“ gehandelt habe, er war daher bei Begehung des in Frage kommenden Deliktes im Sinne des § 51 in einem Zustande von Bewußtlosigkeit. Gericht und Gerichtsherr traten der Ausführung des Sachverständigen bei.

IV.

Horn (27) bespricht das Reichshaftpflichtgesetz, soweit es für die ärztliche Gutachtertätigkeit von Bedeutung ist. Die Frage nach Heilungskosten, Erwerbsbeschränkung und Vermehrung von Bedürfnissen sind in fast allen Beweisbeschlüssen der Gerichte der ärztlichen Beurteilung unterbreitet. Er gibt verschiedene Richtlinien für die Beantwortung der oft schwierigen Fragen an. Die eigentlichen Unfallfolgen sind nach Möglichkeit von etwa komplizierenden Leiden zu trennen. Die Untersuchung hat sich nicht nur auf die Unfallstelle, sondern auf den ganzen Menschen zu erstrecken. In komplizierten Fällen ist kommissarische Untersuchung bzw. Krankenhausbehandlung anzuraten. Bei der Mehrzahl aller Unfallneurosen sind Kurversuche meist zwecklos, bei Simulationsversuchen sind sie eine nutzlose Zeit- und Geldverschwendung. Für die Bewertung der Erwerbsbeschränkung gelten dieselben Gesichtspunkte wie bei Fällen der sozialen Unfallversicherung, und zwar sind die Verhältnisse des allgemeinen Arbeitsmarktes zugrunde zu legen. Nur bei Vorliegen eines Dauerzustandes läßt sich die Rente nicht für die Zukunft festlegen, in allen übrigen Unfallsachen ist weitere Beobachtung und etwaige Nachuntersuchung erforderlich. Ansprüche auf Vermehrung der Bedürfnisse z. B., Aufwendungen für Milch, Sanatogen, Stärkungsmittel sind meist nur bei schwerwiegenden Unfallsfolgen berechtigt. Bei der Beurteilung, ob fremde Wartung erforderlich ist, sind Zeugenaussagen von großer Bedeutung. Gang und Form des Entschädigungsverfahrens, das zunächst ein außergerichtliches ist, muß jeder Gutachter genau kennen. Bei medizinisch abgeschlossenen Fällen sowie bei Unfallneurosen tritt Verf. für eine Kapitalabfindung ein. Jeder Haftpflichtprozeß ist zu vermeiden; das will *Horn* erreichen 1. durch außergerichtlichen Vergleich, 2. durch Einigung auf eine dreigliedrige Ärztekommission oder das Gutachten einer einzigen unparteiischen Autorität, 3. durch obligatorischen Sühneversuch, 4. durch Einführung einer Anzeigefrist von 20 Tagen, um rechtzeitige Klärung des Falles zu ermöglichen. Kommt es jedoch trotz aller Gegenversuche zum Haftpflichtprozeß, so ist er nach Möglichkeit abzukürzen.

Heinicke (19) berichtet über einen Arbeiter, dem wegen Verstauchung des Rückens, der Halswirbelsäule und der rechten Schulter 10 % Erwerbsbeschädigung zugebilligt wurden. Beim Militär zeigte er das Bild eines typischen Unfall-



hysterikers. 1916 erkrankte er aus unbekannter Ursache an einer Hornhautentzündung des l. Auges, die eine scheibenförmige Trübung der Hornhautmitte hinterließ, der zufolge er sich selbst für „blind" erklärte. Wegen Bandendiebstahls in Untersuchungshaft gekommen, brachte er sich absichtlich eine Wunde am rechten Augapfel bei, um sich ganz zu blenden und dadurch Diebstähle nicht mehr begehen zu können. Er behauptete nun, auf beiden Augen blind zu sein, doch kann spezialärztliche Augenuntersuchung entsprechende Veränderungen nicht feststellen, auch für die Rückenschmerzen findet sich kein objektiver Befund. Verf. hält das Leiden für eine traumatische Hysterie, die eine Folgeerscheinung des 1914 erlittenen Unfalls ist. Die Erblindung ist nicht Folge der Selbstverstümmelung, sondern ein Symptom der Rentenhysterie. Die dauernde Invalidität bedingende Erblindung sei hysterischer Natur und Folge des 1914 erlittenen Unfalles. Die Selbstverstümmelung habe der Kranke sich wahrscheinlich in einem hysterischen Dämmerzustand beigebracht, der die freie Willensbestimmung ausschloß.

In *Wengers* (72) Arbeit wird die Geschichte von 9 Unfallsimulanten gegeben. Im ersten Fall handelt es sich um einen äußerst geschickten Hochstapler, der, Reste eines wirklichen, vor Jahren erfolgten Unfalls benutzend, immer neue Unfälle markierte und, die oft wenig sorgfältigen Atteste von Ärzten einreichend, Versicherungsgesellschaften in verschiedenen Ländern um große Summen schädigte. In einer Reihe von Fällen handelt es sich um Arbeiter, die es ebenfalls verstanden, meist nach einem anfänglichen Unfall Ärzte zu täuschen und sich materielle Vorteile zu verschaffen. Bei einer dritten Gruppe von Simulanten konnten Ärzte bei einer sorgsamen Beobachtung und Begutachtung die Diagnose Simulation frühzeitig stellen und den Schwindler entlarven.

Der Arbeit von *Zwick* (77) liegt folgender Fall zugrunde: Ein Reisender hatte sich bei einer Entgleisung in einem umgestürzten Wagen befunden. Im Verlaufe des um ihn angestrengten Haftpflichtprozesses ergab sich als einziger körperlicher Befund eine Erkrankung des Labyrinths. Ob diese auf den Unfall zu beziehen ist, wurde dadurch zweifelhaft, daß die Wa.-R. positiv war. Außerdem ergaben sich Unstimmigkeiten zwischen den Gutachtern, ob eine vorhandene Neurose als wirkliche traumatische oder als Entschädigungsneurose anzusehen ist. Der Prozeß endete durch Vergleich.

V.

Reichardts (51) Arbeit liegen drei Vorträge zugrunde, die vor Ärzten und Juristen gehalten wurden. Die Frage, um die es sich handelt, ist die, ob und inwieweit die Zurechnungs-, Verhandlungs- und Strafvollzugsfähigkeit durch Kriegsbeschädigungen ausgeschlossen wird. Die zu Beurteilenden sind in drei Gruppen zu teilen: 1. die Hirnverletzten, 2. die Psychopathen, 3. die Hysteriker. Die Hirnverletzten zeigen Störungen hauptsächlich im Sinne einer erhöhten oder verminderten Affekterregbarkeit oder einer Schädigung der Initiative. Diese Störungen sind aber meist nicht sehr erheblich, so daß nach der chirurgischen Heilung echte Geisteskrankheiten Ausnahmen sind. Die Folgen der Hirnverletzung liegen vielmehr auf sozialem Gebiet, da das verletzte Gehirn wesentlich leistungs-



schwächer geworden ist. Als Strafausschließungsgrund kommen gelegentlich in Frage: 1. schwere Ausfallserscheinungen des Gehirns unter dem Bilde des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes sowie affektive Hemmungslosigkeit bei Stirnhirnverletzungen, 2. Taten im pathologischen Affekt oder pathologischen Rausch. Bei den zwei übrigen Gruppen ist zunächst die Frage genau zu prüfen, ob überhaupt Kriegsbeschädigung wirklich vorliegt; die meisten sind nicht verwundet; bei vielen ist die Frage nach Kriegsbeschädigung zu verneinen. Geisteskrankheiten sind im Kriege nicht häufiger geworden. Die meisten Geisteskranken sind aus inneren Ursachen krank geworden und wären es auch ohne den Krieg geworden. Die Psychopathen und Neurotiker sind im allgemeinen als zurechnungsfähig zu bezeichnen. In der dritten Gruppe werden Hysteriker und Simulanten zusammen besprochen. In der Hysterie sieht Verf. eine „unbewußte Simulation"; ihr liegen stets Begehrungsvorstellungen zugrunde. Hysterische Zustände heben weder die Zurechnungsnoch Verhandlungs- und Strafvollzugsfähigkeit auf. Bei der Beurteilung kann man sich von dem Grundsatz leiten lassen, daß in den meisten Fällen die Hirnverletzten nicht kriminell werden, daß aber die nicht verletzten Kriminellen ihre Defekte nicht erst infolge des Krieges bekommen haben.

*Kolb*s (32) Ausführungen enthalten Vorträge, die Verf. vor Ärzten, Richtern und Strafanstaltsbeamten im März 1919 hielt. Er spricht über den Einfluß, den Kriegsbeschädigungen auf die Zurechnungs-, Verhandlungs- und Straferstehungsfähigkeit der Kriegsteilnehmer ausüben. Die kriminelle Bedeutung der organisch Hirnverletzten ist nicht groß, da ihre Neigung zu krimineller Betätigung nicht erheblich ist, doch dürfte sie sich mit Zunahme des Alkoholkonsums nicht unwesentlich erhöhen; in der Verhandlung und im Strafvollzug machen sie meist keine Schwierigkeiten. Ausgesprochene Geisteskrankheiten als Folge der Teilnahme am Kriege kamen nur in geringer Anzahl vor, die forense Bedeutung ist gering gegenüber der Kriegsneurose. In längeren Ausführungen geht Verf. auf ihre Symptome, Ursachen, Entstehung und Heilung ein und erwähnt auch im Zusammenhang damit die Simulation. Er gibt zu, daß die Strapazen und Schädigungen des Felddienstes eine besondere Disposition zu psychogenen Erkrankungen bedingen konnten, die überragende Bedeutung aber ist bei der Beurteilung der Kriegsneurotiker der Veranlagung, d. h. der konstitutionell von Geburt auf bestehenden Eigentümlichkeit, zuzumessen. Über die Psychopathen spricht Verf. in einem längeren Artikel und gibt Richtlinien für unser Verhalten gegenüber dem Kriegsneurotiker an. *Kolb* erwähnt einige psychiatrische Gesichtspunkte für den Strafvollzug. Durch eine organisierte Fürsorge außerhalb der Anstalt möchte er die Irrenanstaltsverpflegung der Geisteskranken in geeigneten Fällen ersetzen. Die Psychopathenfürsorge möchte er auch auf die kriminellen Psychopathen und kriminellen Jugendlichen ausdehnen. Dann spricht er über die Kriegsbeschädigungen der nicht im Heeresdienst stehenden Bevölkerung. Er kommt zum Schluß, daß eine Sonderstellung der straffälligen nervösen Kriegsbeschädigten nicht anzustreben sei, nervös Kriegsbeschädigte seien möglichst oft einer fachärztlichen Begutachtung vom Richter zuzuführen, der seinerseits dem ärztlichen Rate zur Zubilligung mildernder Umstände nach Möglichkeit Rechnung tragen möge.

Stransky (70) teilt seine Erfahrungen mit, die er als „Psychiater für die Wiener Militärgerichte" an seinem Material, das mehrere Tausende von psychiatrischen Gutachten umfaßt, gesammelt hat. Er stellt es als ungerecht hin, über die Militärgerichtsbarkeit, die heute vielfach für viele Fehler des alten Regiments verantwortlich gemacht wird, den Bannfluch zu verhängen, wenngleich er zugeben muß, daß die imperative Einflußnahme höherer Kommandostellen auf die Kriegsgerichte den Rahmen des Zulässigen überschritten hat, selbst vor Drohung und Zwang nicht zurückscheuend. Was unter dem Namen der Kriegspsychose geht, sind nur Kriegsfärbungen der altbekannten Krankheitsgrundformen, nichts grundsätzlich Neuartiges. Er teilt einige statistische Zahlen über die psychiatrisch untersuchten Straffälle und die Beziehungen der mannigfachsten Deliktsgruppen zur Psychopathologie mit. Auf Grund seiner Teilstatistiken, die ca. 500 Fälle umfaßten, und seines mehrere Tausende Fälle umfassenden Gesamtmaterials hebt er hervor, was auch von klinischem Interesse ist, daß die von ihm berichteten Verhältniszahlen zwischen Lues, Paralyse und krimineller Anfälligkeit ein Zeugnis mehr darstellen für die von *Wagner* und *Pilcz* verfochtene Lehre von der Verschiedenheit der Veranlagung der sogenannten Degeneration und jener der Paralytiker. Bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl aller begutachteten Delinquenten lagen Hinweise auf neuro- und psychopathische Minderwertigkeit vor.

Raecke (48) teilt seine Beobachtungen über krankhaften Wandertrieb während seiner Tätigkeit an der Front mit. Bei der unerlaubten Entfernung handelt es sich um triebartige Handlungen in vorübergehenden Anfällen von Verwirrtheit oder krankhafter Verstimmung oder um richtige Irrsinnsformen oder Schwachsinn. Wanderungen, die der launischen Haltlosigkeit von Psychopathen entspringen, können Dämmerzustände vortäuschen. Seine 22 Fälle teilt er in 6 scharf gesonderte Gruppen. 1. Entfernung im epileptischen und epilepsieähnlichen Dämmerzustand. Man findet Drang zu planlosem Umherwandern, anfallsweise auftretende Bewußtseinstrübung, Erinnerungslosigkeit oder doch eine lückenhafte, traumhaft unklare und vielfach durch den Einfluß namhafter Erlebnisse gefälschte Erinnerung sowohl bei genuiner wie bei symptomatischer Epilepsie. Ähnliche Zustände treten auf nach Vergiftungen, z. B. mit Alkohol, Rauschbeeren, ferner bei Hitzschlag, wo es sich um Autointoxikation handelt. 2. Fortläufer in manisch-depressiven Erregungszuständen. Schwermut ist die Ursache eines ziel- und planlosen Fortwanderns, um sich aus der immer unerträglicher werdenden Lage zu befreien. Die Herrschaft über den Willen geht infolge des krankhaften Gemütszustandes verloren, aber ohne Trübung des Bewußtseins, so daß Auffassung und Erinnerung in der Regel gut erhalten sind. Auch ein manischer Erregungszustand, in dem die freie Willensbestimmung fehlte, war gelegentlich Ursache einer Entfernung. 3. Bei den Schizophrenen findet man infolge ihrer großen Neigung zu triebartigen Handlungen den hartnäckigsten Wandertrieb. Das Triebartige des Fortlaufens, das ohne Veranlassung erfolgt und sich meist wiederholt, ist charakteristisch für diese Gruppe. (Siehe den Schlußsatz.) 4. Hysterisches Fortlaufen. Der Hysterische entfernt sich im Dämmerzustand oder im Affekt, im letzteren Falle kommt Unzurechnungsfähigkeit nicht ohne weiteres in Betracht.



Die hysterische Veranlagung beeinträchtigt die Widerstandskraft gegenüber den Anstrengungen des Krieges. Das Fortwandern entbehrt nicht eines gewissen Anstrichs von Künstelei und Überlegung, die Erinnerung ist keineswegs völlig geschwunden, vielmehr durch Zureden oft wesentlich zu beeinflussen. Prompt einsetzende Ohnmachtsanfälle und das für Hysteriker so charakteristische Vorbeireden werden häufig beim hysterischen Fortlaufen beobachtet. Die Handlungen solcher krankhaft veranlagter Menschen werden, wenn sie im Affekt ohne klare Überlegung erfolgen, der freien Willensbestimmung im Sinne des Gesetzes ermangeln. 5. Neurasthenische „Wandersucht". Meist sind es nervöse, reizbare Menschen, denen der Dienst nicht behagt, die unzufrieden und verärgert sind und sich nach Veränderungen sehnen, ihre Arbeitsstelle leichtfertig wechseln. Das plötzliche Fortlaufen ist in seinen Folgen wenig überlegt und erscheint daher fast triebhaft. Selten fehlt dabei eine einleitende depressive Anwandlung. Die Ausführung ist nie frei von einer Überlegung, die Erinnerung nicht aufgehoben, das Handeln folgerichtig. Bewußtseinstrübungen im strengen Sinne werden nicht beobachtet. Unzurechnungsfähigkeit besteht nicht. 6. Fortlaufen bei angeborenem Schwachsinn. Die Schwachsinnigen entfernen sich, wenn sie ungewöhnlichen Schwierigkeiten begegnen oder bis zu einem gewissen Grade selbständig handeln müssen; oft hat ihr Handeln den Beigeschmack des Komischen. Sie entfernen sich aus ganz unzureichender Veranlassung und wollen das Unerlaubte ihres Tuns nachher nicht einsehen. Die mangelnde Urteilsfähigkeit ist bei der Beurteilung der Straftat gebührend zu berücksichtigen.

Storch (68) faßt die Fortläufer in drei Gruppen zusammen: 1. die auf Grund einer abnormen Charakteranlage zum Delikt Disponierten; 2. die an sich nicht Kriminellen, bei denen der Anstoß vom strafbaren Handeln aus gemütserregenden Kriegssituationen und -erlebnissen stammte; 3. diejenigen, bei denen eine psychotische Wesensveränderung die Straftat begreiflich erscheinen ließ.

v. Hößlin (25) bespricht die Motive, die beim Geistesgesunden die Fahnenflucht veranlassen, sowie die Umstände, die beim Geisteskranken dazu führen können. Er hat 73 Fahnenflüchtige untersucht; unter diesen fand er nicht einen einzigen, bei dem er nicht zur Zeit der Begehung der Tat mehr oder weniger psychopathologische Erscheinungen nachweisen zu können glaubte. Nur in 19 Fällen hielt er die Täter für zurechnungsfähig, betonte aber die Gründe, die einen minder schweren Fall für gegeben erscheinen ließen.

Hoppe (26) stellte bei einem von zwei Soldaten, die aus religiöser Überzeugung den Gehorsam verweigerten, eine Dementia praecox fest, der zweite wurde als nicht geisteskrank bezeichnet. Verf. ist der Ansicht, daß die Wurzel der Gehorsamsverweigerung nicht in der Stellung zur Religion, sondern im Überdruß am Kriege liege; nicht als ob die Inkulpaten die religiösen Bedenken heuchelten oder übertrieben, aber die Kampfesmüdigkeit liefert den Nährboden für die kriegsfeindliche Anschauung.

K. E. Mayer (35) beschreibt einen Fall, wo bei einem Soldaten mit eigenartigem psychischen Verhalten, das an Zustände leichter Bewußtseinstrübung erinnerte, nach Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung ein Brief gefunden wurde,



in dem er von einem Kameraden, der ihn früher hypnotisiert hatte, aufgefordert wurde, Tag, Datum und eine bestimmte Stunde, an der er wieder in den Zustand versetzt werden sollte, mitzuteilen. Es sollte also aus der Ferne auf den in einem Dämmerzustand sich befindlichen Hypnotisierten erneut eingewirkt werden. Der hypnotische Schlaf war nicht dauernd, doch befand sich der Soldat wochenlang in einer ungewöhnlichen geistigen Verfassung, die Anstaltspflege veranlaßte. Die Hypnose ermöglicht es, jemanden zu bestimmter Stunde in einen Traumzustand zu versenken. Der Dämmerzustand kann auch, wenn der hypnotische Schlaf aufhört, fortbestehen. Bei akuten ungeklärten Dämmerzuständen ist an die Möglichkeit eines hypnotischen Ursprungs zu denken.

---

3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Hermann Grimme, Hildesheim.

1. *Adler*, *Alfred*, Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. Zweite verbesserte Aufl. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
2. *Armstrong*, *Jones*, The treatment of incipient mental diseases. British med. journ. Okt.-Nr
3. *Bähr*, *Ferd.* (Hannover), Ein weiterer Beitrag zur Störung der Geruchsempfindung verbunden mit Störung des Geschmacks. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. Nr. 1.
4. *Baltisberger*, *Wilh.*, Zur Lehre von der perniziösen Anämie. Inaug.-Diss. Tübingen.
5. *Bartel*, *Erich* (Königsberg i. Pr.), Beitrag zum sog. *Benedikt*schen Symptomenkomplex. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 1, S. 247.
6. *Barth*, *Georg* (Zschadraß), Tuberkuloseerkennung bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 2, S. 227.
7. *Bauer*, *R.* (Wien), Zur Frage der Leberfunktionsstörung bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Vorläufige Mitteilung. Wiener klin. Wschr. S. 971.
8. *Baumann*, *Friedrich*, Über periodische Muskellähmungen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 55*.)
9. *Baur*, *Erwin*, Einführung in die experimentelle Vererbungslehre. Dritte u. vierte Aufl. Berlin, Gebr. Bornträger. 410 S.
10. *Becker*, *Werner*, *H.* (Herborn), Die Wirkungen des Krieges auf unsere Geisteskranken. Arch f. Psych. Bd. 61, H. 1, S. 1.
11. *Derselbe*, Über Onanie. Fortschritte d. Med. Nr. 14/15. (S. 55*.)
12. *Behr*, *Albert* (Stackeln), Über die Form der Psychosen der Landbevölkerung in Livland während der Jahre 1908—1917. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 6, S. 635.



13. *Berblinger*, *W*. (Kiel), Über Riesen- und Zwergwuchs. Med. Klin. Nr. 41, S. 1029. (S. 55*.)
14. *Bertheau*, *Paul*, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 19 S.
15. *Birnbaum*, *Karl* (Berlin-Buch), Der Aufbau der Psychose. Ein klinischer Versuch. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5, S. 455.
16. *Derselbe*, Abartige Vorstellungsabläufe. In Dokumenten dargestellt. Neurol. Ztlbl. Nr. 16, S. 513.
17. *Derselbe*, Sexualpathologische Dokumente. Ztschr. f. Sexualwiss. H. 9/10.
18. *Bleuler*, *E*. (Zürich), Zur Kritik des Unbewußten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 53, H. 1/2. (S. 55.*)
19. *Derselbe*, *E*., Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin, Jul. Springer. 207 S. — 14 M. (S. 55*.)
20. *Bonhoeffer*, *K*. (Berlin), Einige Schlußfolgerungen aus der psychiatrischen Krankenbewegung während der Kriegsjahre. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 721. (S. 56*.)
21. *Bornstein*, *Karl*, Neues zur Jod- und Bromtherapie. D med. Wschr. Nr. 30. (S. 56.)
22. *Böttcher*, *W*. (Leipzig), Über die Verwendung des Orthoforms in der Psychiatrie. Berl. klin. Wschr. Nr. 46, S. 1084. (S. 56*.)
23. *Bresler*, *Joh*. (Kreuzburg), Zur Erklärung des Selbstmords. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47/48, S. 302.
    Nachtrag zu Vorstehendem. Gleiche Wschr. Nr. 51/52, S. 332.
24. *van den Broeck*, *A. J. P*., Über die Ursache des Hermaphroditismus. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 63 (II), p. 1625.
25. *Bühler*, *Karl* (München), Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena, G. Fischer. 1918. — 10 M.
26. *Bumke*, *Oswald*, Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 675 S. — Brosch. 34 M.
27. *Bunse*, *Paul*, Statistische Mitteilungen über das Material einer Armee-Nervenabteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 50. (S. 56*.)
28. *Colla* (Bethel), Beobachtungen über den Eindruck des Krieges auf Geisteskranke. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 3, S. 303.
29. *Czerny*, *Adolf*, Das schwer erziehbare Kind. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 85.
30. *Debrunner* (Berlin), Über Störungen des menschlichen Ganges und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 12.
31. *v. Domarus*, *A*., Über myotonische Pupillenbewegung. Münch. med. Wschr. Nr. 35.
32. *Dück*, *Johannes*, Die Berufseignung der Kanzleiangestellten. Schriften



zur Psychologie der Berufseignung und des Wirtschaftslebens H. 6. (S. 56.*)

3. *Duse*, *E.* (Treviso), Le psicosi di guerra nell' Ospedale. Territoriale Psychiatrico C. R. I presso l'Ospedale Provinziale di Treviso (Di rettore: L. Zanon-Dalbo). Biennio 1915—1917. Il manicomio, ann. 34, no. 1/3, p. 238.

4. *Ebbecke*, *Ulrich* (Göttingen), Die kortikalen Erregungen. Leipzig, J. A. Barth. 305 S. — 21 M.

5. *Enge*, *J.* (Lübeck), Soziale Psychiatrie. Berlin, Adler-Verlag. 205 S. — 10 M. (S. 56*.)

6. *Engelen* (Düsseldorf), Zur Objektivierung nervöser Zustände. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 9 u. 11, S. 89 u. 112.

7. *Erdheim*, *J.* (Wien), Über die Folgen gesteigerten Hirndrucks. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 2/3, S. 322.

8. *Erlenmeyer*, *Albr.* (Bendorf), Erste Hilfe bei Geisteskranken. Bonn, Cohen. 181 S. — 7,80 M. (S. 57*.)

39. *Eskuchen*, *Karl* (München), Entgegnung auf die Arbeit von *W. Mayer*: „Bemerkungen eines Psychiaters zu den Angriffen auf die Psychiatrie in der neueren Literatur" (in Bd. 44, H. 1/2 d. Ztschr.). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 3, S. 155.

40. *Derselbe*, Die Lumbalpunktion. Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg 188 S. — Br. 8 M.

41. *Farrar*, *C. B.* (Ottawa, Canada), War neuroses and psychoses. American journal of the medical sciences nr. 3, p. 425, 1918.

42. *Derselbe*, Neuropsychiatry in the american army. Medical quarterly. July 1919.

43. *Derselbe*, Rehabilitation in nervous and mental cases among ex-soldiers. The Americ. journ. of insan. vol. 76, nr. 2, p. 145.

44. *Fischer*, *Bernhard* (Frankfurt a. M.), Der Begriff der Krankheitsursache. Münch. med. Wschr. Nr. 35, S. 985. (S. 57*.)

45. *Fischer*, *Heinrich*, Eunuchoidismus und heterosexuelle Geschlechtsmerkmale. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 52, H. 1/3. (S. 57*.)

46. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5, S. 529.

47. *Derselbe*, Soziale Aufgaben der Irrenfürsorge und allgemeine Fürsorgeorganisation. Sozialhygien. Mitt. f. Baden Jahrg. 3, H. 1 u. 2, S. 1.

48. *Flesch*, *Julius* (Wien), Die physiologische und pathologische Augenablenkung. Mtschr. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 45, H. 5, S. 300.

49. *Förster*, *Eugen* (Bonn), Über Mekonalwirkung bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 91. (S. 57*.)

50. *Franz*, *Shepherd Ivory*, Hand-book of mental examination methods. 2 d Ed. revised and enlarged. New York. The Macmillan Co.
51. *Freud*, *Sigm.* (Wien), Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausg. von *Freud*, H. 7. 2. Aufl. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 76 S.
52. *Friedjung*, *Josef K.*, Die Pathologie des einzigen Kindes. Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilk. XVII. Berlin, Jul. Springer.
53. *Friedländer*, *A. A.* (Freiburg i.B., früher Hohemark i.T.). Hypnonarkose. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1198.
54. *Friedländer* (Frankfurt a. M., Brentanopl. 1), Wilhelm II. Versuch einer psychologischen Analyse. Halle, C. Marhold 53 S. (S. 57*.)
55. *Frisco*, *B.* (Girifalco, Catanzaro), Le alimentazioni incomplete in rapporto alla genesi di speciali disturbi psichici. I manicomio ann. 32/33, no. 1, p. 21.
56. *Fuchs*, *W.* (Emmendingen), Syzygiologie (= Zusammenhangslehre). Der praktische Arzt Nr. 21—24. (S. 57*.)
57. *Galant*, *S.* (Bern-Belp), Suggestion und psychische Infektion. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1, S. 208. (S. 58*.)
58. *Derselbe*, Texte zur Prüfung des Sprachvermögens. Neurol. Ztlbl. Nr. 17, S. 546. (S. 58*.)
59. *Derselbe*, Reflexus cochleopalbebralis und Ohr-Lidschlagreflex. Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 176, S. 221. (S. 58*.)
60. *Derselbe*, Die Neologismen der Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 1, S. 12. Siehe auch *Stransky*, *E.*, Wien, Bemerkungen zu obiger Arbeit und *Galant*, Antwort auf vorstehende Bemerkung. Gleiche Ztschr. H. 3, S. 749. (S. 58*.)
61. *Ganter*, *Rudolf* (Wormditt, Ostpr.), Über Linkshändigkeit bei Epileptischen, Schwachsinnigen und Normalen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 6, S. 689.
62. *Geigel* (Würzburg), Der Kanon des jungen Soldaten. Münch. med. Wschr. Nr. 52, S. 1491. (S. 59*.)
63. *Geill* (Viborg, Dänemark), Nirvanol. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11/12, S. 75.
64. *Gerson*, *Adolf* (Filehne), Die Scham. Abh. a. d. Geb. d. Sexualforsch. Bd. 1, H. 5. Bonn, Marcus & Weber. 68 S. — 4 M. (S. 59*.)
65. *Derselbe*, Über körperliche Entladung. Neurol. Ztlbl. Nr. 6, S. 178. (S. 59*.)
66. *Glaser*, *W.*, Wesen und klinische Bedeutung des Dermographismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 186.
67. *Graul*, *G.*, Die Bedeutung der Konstitution für krankhaftes Geschehen. Würzb. Abh. a. d. gesamt. Geb. d. prakt. Med. Bd. 19, H. 12. (S. 59*.)
68. *del Greco*, *Francesco* (Aquila), I miei saggi di psicopatologia „in rap-



porto" con la terapia psichica e con le szienze sociali. Il Manicomio. Ann. 32/33, no. 1, p. 1.

'. *Derselbe*, Superstizioni e follia. Note di psicologia medico-sociale e di critica. Il Manicomio. Ann. 32/33, no. 2—3. 1918.

). *Gregor*, *Adalbert* (Dösen), Rassenhygiene und Jugendfürsorge. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Bd. 13, H. 1.

.. *Groß*, *K.*, u. *Pappenheim*, *M.* (Wien), Zur Frage der durch Grippe verursachten Nervenschädigungen mit Berücksichtigung des Liquorbefundes. Wiener klin. Wschr. Nr. 15.

2. *Gulick*, *Walter Vose* (Fort Steilacoom, Wash.), Mental diseases. A handbook dealing with diagnosis and classification. St. Louis, Mosby Co.

3. *Habetin*, *P.*, Studien über Nukleinwirkung. Wiener klin. Wschr. Nr. 44.

4. *Härlin*, *Otto*, Über das Auftreten von Psychosen nach Grippe. Inaug.-Diss. Kiel. 22 S.

5. *Hahn*, *Franz*, Über totale seelische Taubheit. Inaug.-Diss., Jena.

6. *Hamburger*, *Franz*, Der psychogene Cremasterreflex. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 461.

7. *Hansen*, *Alb.* (Ettelbrück), Versuch einer Analyse und Klassifikation der Geisteskrankheiten auf psychopathologischer Grundlage. Luxemburg, Worré & Mertens. 8 S. u. 5 Tabellen. 2 Fr. (S. 60*.)

'8. *Hart*, *C.* (Berlin), Über Entartung und Entartungszeichen. Med. Klin Nr. 29 u. 30.

'9. *Haymann*, *H.* (Konstanz), Offener Brief an Herrn Dr. *Karl Eskuchen* in München-Schwabing, in Sachen seiner Entgegnung auf die Arbeit von *Wilh. Mayer*: Bemerkungen eines Psychiaters zu den Angriffen auf die Psychiatrie in der neuen Literatur (vgl. Bd. 44, H. 1/2 u. Bd. 46, H. 3, S. 155 d. Ztschr.). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 3, S. 164.

30. *Heidema*, *S. T.* (Amsterdam), Blutzuckerbestimmungen bei psychiatrischen u. neurologischen Patienten. Ztschr. f d. ges. Neur. u.Psych. Orig. Bd. 48, H. 1—5, S. 111. (S. 60*.)

81. *Heinicke*, *W.* (Waldheim), Zur Frage kritischer Selbstbeobachtung Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 1, S. 263. (S. 60*.)

82. *Derselbe* Einiges zur Frage der Kriegskrankheiten in Anstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, S. 3. (S. 60*.)

83. *Hennes*, *H.* (Waldbreitbach), Die „Leseprobe", eine neue Methode zur Prüfung der Auffassungsfähigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 51, H. 1, S. 96. (S. 60*.)

84. *Henszelmann*, *Aladár* (Budapest), Die diagnostische Verwendbarkeit eines pathologischen Muskelreflexes (Proximatorreflex). Neurol. Ztlbl. Nr. 7, S. 220.

85. *Hering*, *H. E.* (Cöln), Über die Bedeutung der Begriffe Ursache, Bedingung und Funktion für den Mediziner. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 499.



86. *Herzig, Ernst* (Wien, Steinhof) Über Krankheitseinsicht. Arch. f Psych. Bd. 60, H. 1, S. 180.
87. *Heveroch*, Über Störungen erlernter Fähigkeiten. Časopis českych lékařuv 57. S. 98. 1918. (Böhmisch.) (S. 60*.)
88. *Derselbe*, Über Kamnophasie. Časopis českych lékařuv 57, 349 (Böhmisch.) (S. 60*.)
89. *Derselbe*, Aphasia transitoria. Časopis českych lékařuv 57, 121. 1918 (Böhmisch.) (S. 61*.)
90. *Hirsch, Max* (Berlin), Staatskinder. Ein Vorschlag zur Bevölkerungs politik im neuen Deutschland. Arch. f. Frauenkunde u. Eugenetik Bd. 4, H. 3—4, S. 181. (S. 61*.)
91. *Derselbe*, Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 49, H. 3. (S. 61*.)
92. *Hitzenberger, Karl* (Wien), Psychosen nach Grippe. Mtschr. f. Psych u. Neurol. Bd. 46, H. 5, S. 267.
93. *Hoch, August*, and *Kirby, G. H.*, A clinical study of psychoses characterized by distressed perplexity. Arch. of neurol. and psych. nr. 1 p. 451.
94. *Hoche, A.* (Freiburg), Vom Sterben. Kriegsvortrag. Jena, G. Fischer 31 S. — 1,50 M.
95. *Hoffmann, Herm.* (Tübingen), Zum Problem der Erwerbung erworbener Eigenschaften. Med. Klin. Nr. 22—24, S. 532, 582. (S. 61*.)
96. *Derselbe*, Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung endogener Psychosen seit dem Jahre 1900 unter besonderer Berücksichtigung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referate u. Ergebnisse. (S. 61*.)
97. *Hoppe, Adolf* (Rinteln a. W.), Die Krankheit Wilhelms II. Kritische Bemerkungen zu: *Tesdorpf, Paul* (München), Die Krankheit Wilhelms II. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2. S. 5.
98. *Derselbe*, Wahn und Glaube. Eine psychiatrische und religionsgeschichtliche Studie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 2/3, S. 124. (S. 62*.)
99. *Horstmann, W.* (Stralsund), Religiosität oder Wahn? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 218. (S. 62*.)
100. *Jacobsohn, L.* (Berlin-Lichterfelde), Gibt es eine brauchbare Methode, um Aufschluß über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen zu bekommen? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.. Bd. 46, H. 4—5. S. 285. (S. 62*.)
101. *Jakob, A.* (Hamburg), Zur Pathologie der Rückenmarkserschütterung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 2/3, S. 247.
102. *Jentsch, Ernst* (Obernigk), Hypnologisches und Hypnotherapeutisches Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 4. S. 228.



Derselbe, Die Lokalisation der musikalischen Anlage im Schädel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1/5, S. 263. (S. 62*.)

Jödicke, P. (Stettin), Über Kriegskrankheiten und Sterblichkeit. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11/12, S. 71.

Derselbe, Ein Beitrag zum eunuchoiden Riesenwuchs. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 44, H. 3/5. (S. 62*.)

Jörger, Joh. Ben., Psychiatrische Familiengeschichten. Berlin, Jul. Springer. 6,40 M. (S. 62*.)

Derselbe, Die Familie Markus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 43, H. 1/2. (S. 62*.)

Kaestner, Georg, Über Psychose und Schwangerschaft unter Berücksichtigung der einschlägigen Fälle aus der Erlanger Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Erlangen.

. *Kahn, Eugen* (München), Psychopathie und Revolution. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 968. (S. 63*.)

. *Derselbe*, Psychopathen als revolutionäre Führer. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 1/3, S. 90. (S. 63*.)

. *Kalischer, O.*, Dem Andenken an Max Lewandowsky. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 1, S. 1.

2. *Kanngießer*, Friedrich, Zur Pathologie von Immanuel Kant. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1, S. 219.

3. *Kehrer* (Breslau), Über seelische Hörstörungen. Sitzungsber. v. 17. III. 1919. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 718.

4. *Keith, Artur*, On the differentiation of mankind into racial types. Lancet no. 5013.

5. *Keller, Rudolf* (Prag), Neue Versuche über mikroskopischen Elektrizitätsnachweis. Wien-Leipzig, W. Bonnmüller. 120 S. (S. 63*.)

6. *Kisch, Bruno* (Cöln), Beobachtungen über das anormale Verhalten des Ohr-Lidschlag-Phänomens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1/5, S. 399.

7. *Kläsi, Jacob*, Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen angeborener und hysteriformer erworbener Homosexualität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 52, H. 1/3. (S. 63*.)

8. *Kleist, K.* (Rostock), Psychische und nervöse Störungen bei Influenza. Vorläufige Mitteilung. Neurol. Ztlbl. Nr. 2. (S. 63*.)

9. *Klieneberger, Otto* (Königsberg), Über die christliche Wissenschaft (Gesundbeten und Gesunddenken). Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 61, H. 3. (S. 63*.)

20. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Ein Erklärungsversuch für die Selbstmordshäufigkeit der Protestanten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 357.

21. *Koster, S.*, Luminal als Heilmittel. Ned. Tijdschr. voor geneesk. vol. 63 (II), p. 1866.

22. *Kraepelin, E.*, Franz Nissl †. Münch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1058.



123. *Derselbe*, Die Erforschung psychischer Krankheitsformen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 2/3, S. 224.

124. *Krafft-Ebing*, *R.*, und *Fuchs*, *A.* (Wien), Psychopathia sexualis. Mit Berücksichtigung der konträren Sexualempfindungen. 15. Aufl. Stuttgart, F. Enke. 431 S. — 16 M.

125. *Kraus*, *E. J.*, Zur Kenntnis der Nanosomia. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. Pathol. Bd. 65, S. 555.

126. *Kraus*, *Fr.*, Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Allg. Teil. Leipzig, Gg. Thieme. 435 S. — 20 M. + 25 % Zuschl.

127. *Kretschmer*, *Ernst* (Tübingen), Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. (Bemerkungen zu einer Abhandlung von *Körtke*-Langenhorn, gl. Ztschr. S. 354). Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1/5, S. 370. (S. 63*.)

128. *Kronfeld*, *Artur* (Berlin), Jakob Fries und die psychiatrische Forschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 4/5, S. 317.

129. *Derselbe*, Das Wesen des psychiatrischen Erkenntnisses. Beiträge zur allg. Psychiatrie Bd. I. Berlin, Julius Springer. 482 S.

130. *Kronthal*, *Paul* (Berlin), Zur Biologie und Leistung der Nervenzelle. Neurol. Ztlbl. Nr. 10, S. 321. (S. 63*.)

131. *Krueger*, *Herm.* (Berlin), Über die Genese und klinische Bewertung der Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen in ihrem Verhältnis zueinander. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 1, S. 45.

132. *Küppers*, *E.* (Freiburg i. B.), Über die Bedeutung der plethysmographischen Kurve. Ztschr. f. Psychol. vol. 81, p. 129.

133. *Ladame*, *Ch.*, La grippe et ses complications mentales. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 28.

134. *Lade*, *O.* (Eichberg), Irrenfreundschaft. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 134.

135. *Ladwig*, *Heinz* (Stralsund), Untersuchungen über den Daumenballen- und Kleinfingerballenreflex. Inaug.-Diss. Kiel. 20 S. (S. 63*.)

136. *Laignel-Lavastine*, La réaptitude psychique à la guerre des malades et blessés de l'encéphale. Presse méd. no. 5.

137. *Langstein*, *L.*, Allgemeines aus dem Gebiete der Neuro- und Psychopathie des Kindesalters. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg. Bd. 11, H. 6, S. 26.

138. *Lehmann*, *Kirsting* (Kopenhagen), Erblichkeit und familiäres Auftreten des Pseudo-Hermaphroditismus. Ugeskrift f. läger no. 18.

139. *Lenz*, *F.* (München), Die Bedeutung der statistisch ermittelten Belastung mit Blutsverwandtschaft der Eltern. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1340. (S. 64*.)

140. *Levi-Bianchini* (Nocera sup.), La morte del' eroe. (Impressione di guerra.) Il manicomio, ann. 34, no. 1/3, p. 246. (S. 64*.)



141. *Derselbe*, Il coraggio in guerra et in pace. Il manicomio, ann. 32/33, no. 2/3, p. 125.

142. *Levy-Suhl*, *Max*, Vom Wesen der Hypnose. Unter Verwendung kriegsärztlicher Beobachtungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 49. (S. 64*.)

143. *Lewandowsky*, *M.*, Die Kriegsschäden des Nervensystems und ihre Folgeerscheinungen. Eine Anleitung zu ihrer Begutachtung und Behandlung. Berlin, Julius Springer. 95 S. (S. 64*.)

144. *Lewin*, *James*, Repetitorium der Psychiatrie. Ein klinischer Leitfaden für Studierende und Ärzte. Dritte, neu bearbeitete Aufl. Leipzig, Johann Ambrosius Barth. Breitensteins Repetitorien Nr. 15. Preis 5,40 M. 179 S. (S. 64*.)

145. *Lewin*, *James* (Berlin), Neue Wege und Ziele der Psychopathologie, mit besonderer Berücksichtigung der Hysterie und Dementia praecox. Vortragsbericht v. 10. XI. 19. Neurol. Ztlbl. Nr. 24, S. 796.

146. *Libra*, *N. Thes.*, Die sexuelle Revolution und das Geschlechtsleben der Zukunft. Berlin, Reformverlag Futuria. 105 S. — 3,60 M. (S. 64*.)

147. *Liepmann*, *H.*, Hermann Oppenheim †. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 1/3, S. 1.

148. *Löwy*, *Robert* (Wien), Zur Klinik und Pathogenese nervöser Erscheinungen bei Fleckfieber. Arb. a. d. Neurol. Institut Wien Bd. 22, H. 2/3, S. 190.

149. *Loewy*, *Max*, Zur Balneotherapie der Psychosen. Ztschr. f. Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene. VII. Jahrg. Nr. 2. (S. 64*.)

150. *Lubarsch* (Berlin), Ursachenforschung, Ursachenbegriff und Bedingungslehre. D. med. Wschr. Nr. 1 u. 2, S. 1 u. 33.

151. *Mac Arthur*, *C. G.* and *Doisy*, *E. A.*, Chemical analyses of two human brains. The American journ. of insanity vol. 76, nr. 2, p. 159.

152. *Majerus*, *K.* (Hamburg), Erfahrungen mit Nirvanol. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, H. 5/6.

153. *Margulies*, *Max*, Sinnlose Wortassoziationen eines Geisteskranken Berl. Wschr. Nr. 8.

154. *Matthes*, *M.* (Königsberg i. Pr.), Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Berlin, Jul. Springer. 599 S. — 25 M.

155. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Bemerkungen zu *Eskuchen*s Entgegnung. (Gl. Ztschr. Bd. 46, H. 3, S. 155; betrifft: *Wilh. Mayer*: Angriffe auf die Psychiatrie in der neueren Literatur.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 3, S. 160.

156. *Meyer*, *A. F.*, Experimente über Suggestibilität bei Nerven- und Geisteskranken. Psych. u. neurol. Bl. Bd. 32, S. 99.

157. *Michalke* (Eberswalde), Erfahrungen mit Nirvanol. Deutsche med Wschr. Nr. 14, S. 380. (S. 64*.)



158. *v. Monakow* (Zürich), Psychiatrie und Biologie. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1.

159. *Mönkemöller* (Langenhagen-Hildesheim), Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in der Prov. Hannover im Krieg und in der Revolution. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5/6 u. 7/8, S. 29 u. 43. (S. 65*.)

160. *Morgenthaler, W.* (Bern-Waldau), Gibt es eine psychopathische Höherwertigkeit? Neurol. Ztlbl. Nr. 3, S. 89. (S. 65*.)

161. *Derselbe*, Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Antrittsvorlesung in der Hochschule Bern, 1918. Schweizer Rundschau f. Med. Bd. 18.

162. *Derselbe*, Über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, S. 19. (S. 66.)

163. *Morgenthaler, E.* (Bern-Waldau), Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 3, S. 225. (S. 66*.)

164. *Müller, Friedr.* (München), Konstitution und Individualität. Rektorats-Antrittsrede, gehalten im W.-S. 1919 an der Universität München. München, Lindauersche Universitätsbuchhdlg. 16 S.

165. *Derselbe*, Wilhelm Freiherr v. Stauffenberg †. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig Bd. 53, H. 1.

166. *Müller-Heß, R. V.* (Königsberg i. Pr.), Über die Erwerbsfähigkeit der Geisteskranken, nebst kritischen Bemerkungen zur Irrenfürsorge. Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 29, S. 813.

167. *Münzer, Arthur* (Charlottenburg), Die Psychopathologie in der Dichtung. I. Kleists Penthesilea. Berl. klin. Wschr. Nr. 41, S. 982.

168. *Naville, F.* et *Brütsch, P.*, Les complications cérébrales et médullaires de la maladie de *Vaquez* (Erythrémie). Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1.

169. *Nissl, Franz* (München), Korbinian Brodmann †. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 5, S. 329. (S. 66*.)

170. *Niessl v. Mayendorf, E.* (Leipzig), Das Symptom der Paraphasie und seine anatomische Begründung. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 509.

171. *Derselbe*, Über die klinischen Formen der Tastblindheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 82.

172. *Nonne, Max* (Hamburg), Zum Andenken an Hermann Oppenheim. Neurol. Ztlbl. Nr. 12, S. 386.

173. *Obersteiner, H.* (Wien), Grundzüge einer Geschichte des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten 50 Jahren seines Bestehens (1868—1918). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 1, S. 1. Wien, Fr. Deuticke. (S. 66*.)

174. *Derselbe*, Rückschau — Ausblick. Arb. a. d. Neurol. Institut der Wiener Universität Bd. 22, H. 2/3, S. 557. (S. 66*.)

175. *Oehring* (Leipzig), Geisteskrankheit bei Militärpersonen im Mannesalter. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 3, S. 281.



176. *Oppenheim, Herm.* (Berlin), Über Misopädie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 1/5, S. 1. (S. 66*.)

177. *Orton, Samuel T.* (Philadelphia), On the classification of nervous and mental diseases. The Americ. journ. of insanity vol. 76, nr. 2, p. 132.

178. *Paeßler, Walter*, Erkrankungen des Nervensystems bei Grippe mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Inaug.-Diss. Tübingen.

179. *Pappenheim, M.* (Wien) Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion. Wiener med. Wschr. Nr. 20 u. 21.

180. *Pick, A.* (Prag), Kleine Beiträge zur Lehre von den Halluzinationen. 1. Zum Verständnis von den partiellen Halluzinationen. 2. Zur Lehre von den sog. elementaren Halluzinationen. Neurol. Ztlbl. Nr. 20, S. 647 u. 650.

181. *Derselbe*, Über Gedankenkontamination. Ztschr. f. Psychol. Bd. 82. (S. 67*.)

182. *Pierre-Marie* et *Behague*, Syndrome de désorientation dans l'espace. Revue neurol. vol. 26, p. 3.

183. *Pilcz, Alexander* (Wien), Absichtlich hervorgerufene Geistesstörungen. Wiener med. Wschr. Nr. 10, S. 274.

184. *Derselbe*, Einige Ergebnisse eines Vergleichs zwischen einem psychiatrischen Materiale der Friedens- und Kriegsverhältnisse. I. u. II. Teil. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 1/3, S. 227 u. H. 4/5, S. 371. (S. 67*.)

185. *Derselbe*, Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Psych.-neurol. Wschr., 21. Jahrg., H. 23/24 u. 25/26. (S. 67*.)

186. *Derselbe*, Über Geistesstörungen bei Kriegsgefangenen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 49/50, S. 309.

187. *Derselbe*, Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig. Franz Deuticke. 354 S. — 18 M.

188. *Placzek* (Berlin), Freundschaft und Sexualität. Bonn, Marcus & Weber. 157 S. — 4 M. (S. 67*.)

189. *Plüer, Heinrich*, Über psychische Störungen bei Influenzapneumonie. Inaug.-Diss. Kiel. 16 S.

190. *Pophal, Rudolf* (Greifswald), Ungewöhnliche Körpergewichtsschwankungen als Folge einer durch die Kriegskost bedingten Polynykturie. Med. Klin. Nr. 19. (S. 67*.)

191. *Popper, Erwin* (Prag), Psychiatrische Konstatierungsprobleme. Vortragsbericht v. 10. I. 19. Prag. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 200.

192. *Derselbe*, Zur Organisation der sensiblen Rindenzentren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 51, H. 4/5. (S. 67*.)

193. *Derselbe*, Über ein eigenartiges Reflexphänomen. Berl. klin. Wschr. Nr. 34, S. 799. (S. 68*.)




194. *Porot* et *Hesnard*, Psychiatrie de guerre. Paris, Alcan. Ref.: *Levi-Bianchini*: Il Manicomio ann. 34, no. 1/3, p. 264.
195. *Prinzhorn*, *Hans* (Heidelberg), Das bildende Schaffen der Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 4/5, S. 307. (S. 68*.)
196. *von Rad* (Nürnberg), Über psychische Störungen nach Influenza. Sitzungsber. v. 20. II. 19. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 887.
197. *Raecke*, *Julius*, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik nebst einem Anhang enthaltend die für den Psychiater wichtigen Gesetzesbestimmungen und eine Übersicht über die gebräuchlichsten Schlafmittel. 7. umgearbeitete u. verb. Aufl. Berlin, Hirschwald. 202 S.
198. *Redlich*, *Emil* (Wien), Was hat uns die Gehirnpathologie für die Gehirnphysiologie gelehrt? Vortragsber. v. 21. III. 19. Wiener klin. Wschr. Nr. 13. (S. 68*.)
199. *Rehm*, *Otto* (Ellen-Bremen), Psychische Veranlagung und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 4/5, S. 299. (S. 68*.)
200. *Derselbe*, Über Körpergewicht und Menstruation bei akuten und chronischen Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 385. (S. 68*.)
201. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Hirnschwellung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 1, S. 34.
202. *Derselbe*, Psychisch vermittelte Einwirkungen als Ursachen psychischer Erkrankungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 21, S. 561. (S. 69*.)
203. *Reimann*, *O.* (Obrawalde), Beitrag zur Ruhrfrage. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 125.
204. *Repond*, *A.*, Nervoses et psychoses chez les internés de guerre en Suisse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 49.
205. *Rieger* (Würzburg), Über unnötige Satzungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5, S. 549.
206. *Rittershaus*, *E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Der Heimtransport Geisteskranker im Kriege. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22, S. 141. (S. 69*.)
207. *Rivers*, *W. H. R.*, Psychiatry and the war. Science nr. 49, p. 367.
208. *Roderfeld*, *Maria* (Würzburg), Über die optisch-räumlichen Störungen. Inaug.-Diss. Würzburg. 41 S.
209. *Römer*, *Hans* (Würzburg), Zur gewerkschaftlichen Organisation der beamteten Irrenärzte Deutschlands. Psych.-neurol. Wschr. 35/36. (S. 69*.)
210. *Roemheld*, *L.* (Hornegg), Über ein eigentümliches Reflexphänomen bei Urämie. (Vortrag, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 30. V. — 1. VI. 19.) Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 464. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 284.

211. *Roese* (Goddelau), Psychische und nervöse Kriegserkrankungen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10, H. 1.

212. *v. Rohden* (Nietleben), Experimentelle Aufmerksamkeitsuntersuchungen an normalen und hirnverletzten Soldaten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 4/5, S. 228.

213. *Rumpf, Th.* (Bonn), Die Erhaltung der geistigen Gesundheit. Bonn. Marcus & Weber. 69 S. — 3,60 M. (S. 69*.)

214. *Sapar, Elsa*, Zeichnerische Reproduktionen einfacher Figuren durch Geisteskranke. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1.

215. *Sauerbrey, Walter* (Flöha, Sa.), Über den Wert der Intelligenzprüfungsmethode von *Binet-Simon* für klinische Zwecke. Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10, H. 4, S. 205. (S. 70*.)

216. *Schade, H. J. M.*, Geisteskrankheit infolge spanischer Grippe. Ned. Tijdschr. voor geneesk. vol. 63 (I), p. 2029.

217. *Schäfer, H.* (Hamburg), Ein psychiatrisches Urteil über Wilhelm II. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 27/28, S. 201.

218. *Schapper, Johanna*, Beitrag zur Lehre der Psychosen bei fieberhaften Erkrankungen: Psychose bei Diphtherie. Psychose bei Pyämie nach Drüsentuberkulose. Inaug.-Diss. Kiel. 17 S.

219. *van Schelven, Th.*, Trauma und Nervensystem mit gleichmäßiger Berücksichtigung der Kriegserfahrungen der Ententeländer und der Mittelmächte. Berlin, S. Karger. — 19 M. 303 S. (S. 70*.)

220. *Schilder, Paul* (Wien), Projektion eigener Körperdefekte in Trugwahrnehmungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 9, S. 300.

221. *Schlesinger, Alfred*, Des délires infectieux au cours de la grippe. Revue méd. de la Suisse rom. no. 4.

222. *Schloeß, H.* (Wien-Steinhof), Einführung in die Psychiatrie für weitere Kreise. 2. umgearb. u. vermehrte Aufl. Freiburg i. B., Herder. 185 S. — 8,50 M. (S. 70*.)

223. *Schlomer, Georg*, Leitfaden der klinischen Psychiatrie. 2. Aufl. München, Müller & Steinicke. 228 S. — 4,75 M. (S. 70*.)

224. *Schneider, Kurt* (Köln), Reine Psychiatrie, symptomatische Psychiatrie und Neurologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 159. (S. 70*.)

225. *von Schrenk-Notzing, Albert Freiherr*, Dr. A. N. Chowrin, Oberarzt der Irrenanstalt in Tambow, Experimentelle Untersuchungen auf dem Gebiete des räumlichen Hellsehens. München, Ernst Reinhardt. — 80 S. 3 M. (S. 70*.)

226. *Schrötter, H.*, Psychologie und Pathologie der Feldflieger. Wiener med. Wschr. Nr. 12/13.

227. *Schüller, A.* (Wien), Über nervöse und psychische Störungen im Kindesalter. Wiener med. Wschr. Nr. 5.

228. *Schultz, J. H.*, Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie), ein



Grundriß für Fach- und Allgemeinpraxis. Mit 12 Kurven im Text. Jena, G. Fischer. 348 S. — 16 M.

229. *Schultze, Friedr.* (Bonn), Professor *Abderhalden* über „Soziale Hygiene, allgemeine Theorie und Homöopathie". Deutsche med. Wschr. Nr. 27, S. 750.

230. *Schürer, J.* (Frankfurt a. M.), Über bulbäre Sprachstörungen beim Paratyphus. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 3/4.

231. *Schurian, Hermann,* Die diagnostische Bedeutung der vier Pyramidenbahnreflexe. Inaug.-Diss. Berlin.

232. *Schuster, Paul* (Berlin), Über die Beziehungen zwischen Hautnaevi und Nervenleiden Neurol. Ztlbl. Nr. 8, S. 258.

233. *Derselbe,* Das Nervensystem und die Schädlichkeiten des täglichen Lebens. Nr. 19 von „Wissenschaft und Bildung". Einzeldarstellungen aus allen Gebieten des Wissens. 2. Aufl. Leipzig, Quelle & Meyer. 137 S. — 1,50 M.

234. *Seelert, H.* (Berlin), Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen. Habilitationsschrift. Berlin, S. Karger. 88 S. — 4 M.

235. *Senf, M. R.,* Psychosexuelle Intuition. Ztschr. f. Sexualwissenschaft, Bd. 6, H. 3, S. 81.

236. *Serog, Max,* Über Hypnosebehandlung. Med. Klin. Nr. 45, S. 1147.

237. *Siber, Joseph,* Unfall und endogene Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 71*.)

238. *Sichel, Max,* Der Selbstmord im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 385.

239. *Siebert, Harald* (Libau), Fieber und Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 75, H. 2, S. 214.

240. *Siemens, Herm. Werner* (München), Über die Begriffe Konstitution und Disposition. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 339. (S. 71*.)

241. *Derselbe,* Über erbliche und nicht erbliche Disposition. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 313. (S. 71*.)

242. *Derselbe,* Über den Erblichkeitsbegriff, insonderheit über die Frage, ob Krankheiten vererbt werden können. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 1302. (S. 71*.)

243. *Sommer, R.* (Gießen), Friedrich der Große vom Standpunkte der Vererbungslehre. Klin. f. psych. Krankh. Bd. 10, H. 1.

244. *Derselbe,* Geistige Veranlagung und Vererbung. Zweite Aufl. Aus Natur u. Geisteswelt Nr. 512. Leipzig, Berlin, B. G. Teubner. — 2,80 M. 122 S. (S. 71*.)

245. *Southard, E. E.* (Boston), Cross sections of mental hygiene. 1844, 1869, 1894. The Americ. journ. of insanity vol. 76, nr. 2, p. 91.

246. *Speer, Ernst* (Jena), Der praktische Wert der Suggestionsnarkose. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1199.



247. *Speidel, Otto*, Erkrankungen des Nervensystems und Grippe. Inaug.-Diss. Tübingen.

248. *Stanford, R. V.*, A new method for the estimation of minute quantities of nitrogen in organic substances, which furnishes a new quantitative method of diagnosis in some cases of mental disease. Reports from the chemical laboratory.

249. *v. Steinau-Steinrück, Joachim* (Konstanz), Zur Kenntnis der Psychosen des Schützengrabens. Inaug.-Diss. Tübingen u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 4/5, S. 327.

250. *Stelzner, Helenefriederike*, Psychopathologisches in der Revolution. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 393. (S. 71*.)

251. *Stern, E.* (Straßburg i. E. — Hamburg), Pathogenese der Psychosen Klinik f. psych. Krankh. Bd. 10, H. 1.

252. *Derselbe*, Zur Prüfung des Denkvermögens an Bildern. Berl. klin. Wschr. Nr. 26, S. 209.

253. *Derselbe*, Psychologische Bemerkungen zur Vererbungs- und Familienstatistik. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Bd. 13, H. 1, S. 67. (S. 71*.)

254. *Stertz, Georg* (Breslau), Psychiatrie und innere Sekretion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 1/2, S. 39. (S. 71*.)

255. *Derselbe*, Über periodisches Schwanken der Hirnfunktion. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 465. (S. 72*.)

256. *Stiefler, Georg* (Innsbruck), Über Psychosen und Neurosen im Kriege (IV. u. V.). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, S. 131 u. 448.

257. *Derselbe*, Geisteskrankheiten im Kriege. Wiener med. Wschr. Nr. 50 u. 51.

258. *Stier, Ewald*, Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen. Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Bd. 45, H. 5. (S. 72*.)

259. *Stöcker, Wilhelm* (Breslau), Zur Genese der Halluzinationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 291.

260. *Derselbe*, Über Genese der Wahnideen, deren sekundäre Beeinflussung durch anderweitige psychische Faktoren sowie einiges über die klinische Stellung der mit Wahnideen einhergehenden Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 94.

261. *Derselbe*, Welcher Unterschied besteht zwischen einer Ideenflucht, depressiver Denkhemmung und schizophrener Störung des Denkens? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1/5, S. 316.

262. *Stransky, E.* (Wien), Der Deutschenhaß. Wien u. Leipzig, Fr. Deuticke. 159 S. (S. 72*.)

263. *Stransky, E.* (Wien), Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. 2. spezieller Teil. Leipzig, F. C. W. Vogel. 396 S. — 28 M. (S. 72*.)



264. *Strohmayer*, *Wilh.* (Jena), Reflektorische Pupillenstarre und *Westphal*sches Zeichen der Anlageanomalie. Neurol. Ztlbl. Nr. 13, S. 418.
265. *Derselbe*, Über die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangsneurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Bd. 45, H. 1/2. (S. 73*.)
266. *Strümpell*, *A.* (Leipzig), Über das Zeitbewußtsein und über eine eigentümliche Wahnbildung des Zeitbewußtseins bei schweren Typhuskranken. Neurol. Ztlbl. Nr. 20, S. 642. (S. 73*.)
267. *Tafel*, *V.*, Arbeitszwang und Arbeitslust. H. 5 von *Perthes'* Schriften zum Weltkriege. Neue Folge: Das neue Reich. Gotha, Friedrich Andreas Perthes. 40 S. (S. 73*.)
268. *Tendeloo*, *N. Th.* (Leiden). Allgemeine Psychiatrie. Berlin, Jul. Springer. 48 M. — Referat *Spielmeyer*: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u Psych., R. u. E. Bd. 20, H. 3, S. 159.
269. *Tesdorpf*, *Paul* (München), Die Krankheit Wilhelms II. München, J. F. Lehmann. 35 S. — 1 M. (S. 73*.)
270. *Thiel*, *Alfred*, Akute Psychosen nach Grippe. Inaug.-Diss. Breslau.
271. *Thomalla*, *Kurt*, Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 45, H. 1/2, S. 87.
272. *Thran*, *Ernst*, Die nervösen und psychischen Störungen bei Fleckfieber unter besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr.
273. *Többen*, *Heinrich*, Über Kriegsbeschädigungen bei Nerven- und Geisteskranken, unter besonderer Berücksichtigung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit, der Versorgung und der Geschäftsfähigkeit. Vortrag. Münster i. W., 1919. Aschendorffsche Verlags-Buchhdl. 4 M. 107 S. (S. 73*.)
274. *del Valle* y *Aldabalde*, *R.*, Notas clinicas de neurologia y psiquiatría. Rev. de med. y chir. práct. vol. 75, p. 361.
275. *Veraguth*, Zur Sensibilitätsuntersuchung nach Verletzungen des menschlichen Organismus. Mitt. a. d. Armeesanitätsanstalt für Kriegsinternierte in Luzern. II. Lieferung. Zürich. Rascher & Co. 85 S.
276. *Wauschkuhn* (Berlin-Buch), Zur Reform der Irrenfürsorge. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17/18, S. 111.
277. *Weiser*, *Martin* (Dresden), Medizinische Kinematographie. Dresden u. Leipzig, Th. Steinkopf, 154 S. — 5 M. (S. 74*.)
278. *Wigert*, *Viktor* (Stockholm), Studien über den Zuckergehalt des Blutes bei Psychosen und depressiven Affekten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 44, H. 3/4, S. 179.
279. *Winter*, *G.* (Königsberg i. Pr.), Die künstliche Sterilisierung der Frau bei zerebralen Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 36, S. 887. (S. 74*.)
280. *Derselbe*, Die künstliche Sterilisierung der Frau aus eugenetischer und sozialer Indikation. Med. Klin. Nr. 40, S. 995.
281. *Ziehen*, *Th.* (Halle a. S.), Einige Ergänzungen zu den Methoden der

Intelligenzprüfung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 59. H. 2/3. (S. 74*.)

Baumann (8) berichtet nach Erwähnung der in der Literatur bekannten Fälle von periodisch auftretender Muskellähmung von einem selbst beobachteten Falle, bei dem in größeren Zwischenräumen Paresen der Extremitätenmuskulatur von mehrtägiger Dauer auftraten. Keine Sensibilitätsstörungen. Sehnenreflexe zum Teil erloschen. Eine Erklärung war nicht möglich.

Werner H. Becker (11) stimmt den Ausführungen *Stekel*s über die Harmlosigkeit der Onanie nicht zu, sondern hält sie für ein Laster, das zu bekämpfen Aufgabe des Nervenarztes ist. Ein Mittel zur Diagnose sieht er in der Anhäufung des Smegmas.

Berblinger (13): Anatomische und morphologische Betrachtung der Wachstumsstörungen des Skeletts und ihr Zusammenhang mit der Tätigkeit des Hirnanhanges, der Schilddrüse und der Kinndrüsen.

Bleuler (18) verteidigt den Begriff des „Unbewußten" gegenüber *Kretschmer*s Vorschlag, den Begriff abzuschaffen und vom „Ungewußten" zu sprechen. Denn das Unbewußte ist kein leerer Name und zum Verständnis der psychischen Symptome nicht zu entbehren, weil aus dem Unbewußten das psychische Geschehen sich herleitet. Wenn das Unbewußte von der Psyche getrennt wird, entstehen falsche Auffassungen. Unbewußte und bewußte Funktionen bilden eine untrennbare Einheit. Der Begriff „Ungewußt" ist direkt falsch. Auch die Bezeichnung Hirnfunktion wird abgelehnt, weil die unbewußten Funktionen psychische Eigenschaften haben und weil damit die Unterscheidung von den physiologischen Hirnfunktionen verwischt wird. Die unbewußten Funktionen sind etwas Normales, und alle psychischen Krankheiten haben mit ihnen zu rechnen.

Bleuler (19). In einer äußerst feinsinnigen und reichhaltigen Form unterzieht *Bleuler* die Schwächen unseres medizinischen Denkens, die wir uns alle mehr oder weniger zuschulden kommen lassen, einer scharfen Kritik. So kann nur jemand sprechen, der selbst von den ersten Anfängen seiner Tätigkeit an streng logisches Denken sich zur Pflicht gemacht und 40 Jahre lang seine Berufsgenossen beobachtet und kennengelernt hat. Dabei wirkt *Bl.* nie verletzend, sondern ist vielfach selbst noch mit Entschuldigungen bei der Hand; doch klingt manchmal ein leichter Spott wundervoll durch. Er geißelt „das Denken, das keine Rücksicht nimmt auf die Grenzen der Erfahrung, und das auf eine Kontrolle der Resultate an der Wirklichkeit und auf eine logische Kritik verzichtet, d. h. analog und in gewissem Sinne geradezu identisch ist mit dem Denken im Traum und dem des autistischen Schizophrenen, der, sich um die Wirklichkeit möglichst wenig kümmernd, im Größenwahn seine Wünsche erfüllt und im Verfolgungswahn seine eigene Unfähigkeit in die Umgebung projiziert". Im einzelnen bespricht *Bleuler* die Denkfehler „in Behandlung und Vorbeugung", „in Begriffsbildung, Ätiologie und Pathologie und in der Alkoholfrage". Das „autistische" Denken in der Medizin wird mit der astrologischen Stufe der Astronomie und der alchemistischen der Chemie verglichen und ein Relikt aus vorwissenschaftlicher Zeit genannt; in der Wissenschaft soll aber ein „aufmerksames und ein realistisches" Denken herrschen, das *Bl.* das „dis-



ziplinierte" Denken nennt. Besondere Denkfehler werden von *Bl.* in der Anwendung der medizinischen Statistik nachgewiesen und ihre Vermeidung für die Zukunft gefordert. Doch muß als Vorbedingung für eine allgemeine Besserung eine planmäßige Organisation der wissenschaftlichen Arbeiten sowohl in den Forschungsinstituten als auch bei dem Praktiker vorangehen. Dann wird auch von selbst eine größere Präzision in der praktischen Tätigkeit und in den medizinischen Publikationen eintreten. Ebenso werden die Ärzte ihre Stellung zu den Pfuschern ändern, und es wird auch wahrscheinlich die Vorbildung zum Studium der Medizin nicht mehr so einseitig festgelegt werden.

So unterzieht *Bleuler* die Medizin in ihrer Gesamtheit einer gründlichen Besprechung, kritisiert, macht aber auch Vorschläge zur Änderung und schenkt hiermit der Medizin ein Werk, an dem niemand vorübergehen sollte, und das seinen Einfluß geltend machen wird.

Bonhoeffer (20) gibt aus den Jahren 1913—17 in Form der Prozentberechnung eine statistische Übersicht über die Zahl der Aufnahmen in die Charité. Es zeigen nur die psychopathischen Konstitutionen einschließlich der Hysterie und von den Intoxikationspsychosen der Alkoholismus und der Morphinismus eine Zunahme, nicht die Schizophrenie, die Paralyse und die manisch-depressiven Erkrankungen.

Bornstein (21) berichtet von günstigen Ergebnissen bei der Anwendung fester Verbindungen von Jod und Brom mit organischen Kalksalzen, dem Jod-Calciril und Brom-Calciril.

Böttcher (22) betont den großen Wert des Orthoforms zur Behandlung von Wunden und bei Pruritis zur Bekämpfung des zum Jucken, Kratzen und zum Umherbohren in den Wunden ausgehenden Juckreizes.

Bunse (27). Ausführliche Statistik der psychischen Erkrankungen der V. Armee innerhalb eines Jahres. Die Meinung, daß ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Heeresdienst mit größerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, wenn die Schizophrenie erst nach längerem Kriegsdienst ausbricht, wird abgelehnt.

Johannes Dück (32). Den Kernpunkt der Fähigkeiten, die zum Kanzleiberufe geeignet machen, sieht *Dück* in der Fähigkeit, Ordnung zu halten. Sie ist allen erprobten Kanzleibeamten gemeinsam, und um diesen Kernpunkt herum gruppieren sich die sonst notwendigen Eigenschaften. Diese Fähigkeit verlangt einen visuellen Typ, den *Dück* dadurch prüft, daß er unter steigenden Schwierigkeiten Namen und Worte im Adreßbuch aufsuchen läßt.

Enge (35) befürchtet, daß er mit seiner Schrift zur unrechten Zeit kommt. Doch mit Unrecht, denn gerade in dieser Zeit des „Wiederaufbaus", in der man sich auch des Irrenwesens annehmen wird, wird man auf dies Buch zurückgreifen; denn in ihm sind alle Fragen, die das Irrenwesen betreffen, ausführlich behandelt, so daß es für Behörden und die übrige Laienwelt von gleicher Bedeutung sein wird. *Enge* beginnt mit der Verhütung geistiger Krankheiten, der Regelung der Zuchtwahl und der individuellen Vorbeugung, bespricht dann die Anstaltsfürsorge für die Geisteskranken, die Fürsorge außerhalb der Anstalten und schließlich die Irren-



gesetzgebung. In allen Abschnitten wird schlechterdings alles berührt, was überhaupt nur in Frage kommen kann.

Erlenmeyers (38) Buch ist „für die Hausärzte" geschrieben. Aber nicht nur unter diesen soll man dem Buch eine Verbreitung wünschen, sondern noch mehr unter den Laien ganz allgemein. Denn es sind alle Fragen, die überhaupt beim Ausbruch einer Geisteskrankheit und bei der Entlassung der Kranken aus der Anstalt auftauchen können, behandelt.

Fischer (44) verwirft die Bedingungslehre *Verworns* und kommt zu folgender Begriffsbestimmung: „Ursache eines Geschehens im naturwissenschaftlichen Sinne wie im allgemeinen Sprachgebrauch ist derjenige zu seinem Zustandekommen notwendige Faktor oder Faktorenkomplex, der entweder für unser Verständnis (theoretische Erklärung) oder für unser Handeln (praktische Erklärung) der wichtigste ist."

Fischer (45). Nach einer Besprechung der Genese der sekundären Geschlechtsmerkmale, die mit der innersekretorischen Tätigkeit der Keimdrüsen in Beziehung gebracht werden, wird die äußere Erscheinungsform der sekundären Geschlechtsmerkmale der äußeren Erscheinungsform des Eunuchoidismus gegenübergestellt, wobei zunächst darauf hingewiesen wird, daß die Körperbehaarung ursprünglich kein Geschlechtscharakter, sondern ein Speziescharakter ist, und daß Störungen in der Behaarung in das Gebiet der hypophysären Dystrophia adiposogenitalis gehören. Der Einfluß der Geschlechtsdrüse auf die Behaarung wird erst auf dem Wege einer Korrelation mit Hilfe anderer Drüsen wirksam. Es besteht keine Berechtigung, dem Eunuchoiden weibliche Geschlechtsmerkmale zuzuschreiben. Bei den Folgeerscheinungen des Keimdrüsenausfalles beim Menschen handelt es sich lediglich um Ausfallserscheinungen, nicht auch um ein gleichzeitiges Plus in der Form von heterosexuellen Merkmalen. Vom Standpunkte der Störung in der innersekretorischen Tätigkeit der Keimdrüsen aus gesehen, gewinnen auch manche der sogenannten Degenerationszeichen eine besondere Bedeutung.

Förster (49) berichtet über das Schlafmittel Mekonal. Gute Wirkung, wenn keine Erregungszustände schwererer Art vorliegen, und wertvoll zur Unterdrückung von Hustenreiz bei Erkrankung der Atmungsorgane. Keine üblen Neben- oder Nachwirkungen.

Friedländers (54) psychologische Studie über den Kaiser überragt weit manches andere, was über den Kaiser geschrieben ist. Sie wird auch von denen mit Interesse gelesen werden, denen das tragische Geschick des Kaisers persönlich und politisch nahegeht. Denn *Friedländer* bewahrt dem Kaiser gegenüber durchaus die Stellung des Psychologen und versucht, ihm gerecht zu werden.

Fuchs (56). Schwungvolles Weltanschauungsbekenntnis von religiöser Färbung, aber mit dem Inhalt: „Gott ist die Unerforschlichkeit; er ist kein Geist; er ist unvorstellbar. Wer am höchsten strebt, wer am tiefsten glüht, kommt Gott am nächsten. Wir haben die Pflicht zum Dienst für die Besten, nicht für die Nächsten. Dienst am Genie ist Gottesdienst. Statt in Fatalismus oder Pessimismus zu verfallen, lassen wir höchsten Optimismus hereinströmen durch die Pforte, die



zu den Möglichkeiten des Genialen und damit der Annäherung an die Unerforschlichkeit führt."

Galant (57) unterscheidet zwei Arten der Suggestion, eine primäre und eine sekundäre. In der frühen Jugend findet sich die primäre; bei ihr läßt das Individuum sich von dem äußeren Affekt des Suggestors ohne weiteres leiten, ohne daß die Idee, die dabei geäußert wird, genügend aufgefaßt oder kontrolliert wird. Die primäre Suggestion überwiegt bei den meisten Menschen. Auch die Tiere besitzen eine primäre. Niemand ist von der primären Suggestion ganz frei. Aus der primären Suggestion entwickelt sich die sekundäre. Diese ist an die mit den angeregten Begriffen und Vorstellungen verbundenen Affekte verknüpft. Je intelligenter ein Mensch ist, desto stärker ist bei ihm diese Suggestion entwickelt. Deshalb können Ideen ohne begleitende Affekte erst recht suggestiv wirken. Die psychische Infektion ist nicht mit der Suggestion identisch. *Galant* bezeichnet sie mit dem neuen Wort „imbezille Neophilie", d. h. ein Streben nach Neuem, das nicht von innen kommt, als eine Lust, noch nicht erprobte Empfindungen zu haben. Er sieht sie besonders stark bei Geisteskranken ausgebildet.

Galant (58) findet, daß die experimentelle Erforschung der Sprache hinter den übrigen Gebieten der experimentellen Psychologie zurückgeblieben ist, und stellt zur Prüfung des Sprachvermögens eines Individuums eine Anzahl von Tests auf, z. B. in einer Minute die längsten Worte schreiben, die bekannt sind, oder Worte, die mit ein- und demselben angezeigten Buchstaben beginnen, oder es sollen die Bestandteile eines Gegenstandes aufgezählt werden. In einer zweiten Gruppe sollen neue Worte gebildet oder aus gegebenen Buchstaben Worte zusammengestellt oder Worte mit gleicher Aussprache, aber verschiedener Schreibweise aufgeschrieben werden. In einer dritten Gruppe wird u. a. die Erklärung einer Reihe abstrakter und konkreter Synonyma (Fluß, Strom, Bach) gefordert, oder es soll der Gegensinn bestimmter Worte angegeben werden, oder es sind Sätze aufzusagen, in denen ein und dasselbe Wort eine verschiedene Bedeutung hat.

Galant (59). Der Reflexus cochleopalpebralis besteht in einem Lidschlag, der durch einen im Gehörgang erzeugten Lärm ausgelöst wird. Es ist ein besonderer Apparat zur Erzeugung des Lärms verfertigt. Der Reflex fehlt bei Zerstörung des Labyrinthes und bei Fazialislähmung mit Entartungsdegeneration; er ist vorhanden bei psychoneurotischer Taubheit und kann bei der Prüfung auf Simulation verwandt werden.

Galant (60) hat die Entstehung und psychologische Bedeutung der Wortneubildungen der Geisteskranken untersucht und ist damit als erster an die ausführliche Bearbeitung dieses Stoffes herangegangen. Die meisten Wortneubildungen sind nicht ganz sinnlos; es stecken hinter ihnen gar nicht so selten Ideen, über die der Kranke jahrelang hingebrütet hat. Bei Paranoiden, Hebephrenen und den meisten Epileptikern ist die Entwicklung der Wortneubildungen leicht zu verfolgen. Im Wortsalat der Katatoniker ist der Zusammenhang der Wortneubildungen mit dem früheren geistigen Leben der Kranken schwer herauszufinden. Sie werden hier automatisch gebildet und bleiben nicht bestehen. In den Grenzen



der Dementia praecox sind alle möglichen Formen aufzufinden, so daß es bei den andern Kranken kaum etwas Neues festzustellen gibt.

Geigel (62) hat auf Grund von Untersuchungen an einem ausgesuchten Menschenmaterial Gesetzmäßigkeiten über Körpermaße und Verhältnisse der Körperteile zueinander festgestellt, die als wertvolle Vergleichsziffern zu betrachten sind.

Adolf Gerson (64). Ein Versuch, die Phylogenese des Schamgefühls darzustellen. Er bespricht zunächst aus dem Kapitel der Physiologie des Schamgefühls die Bedeutung und Entstehung des schamhaften Augenschlusses, die als ein mit der Hemmung des Selbstbewußtseins verknüpfter Reflex aufgefaßt wird, und des schamhaften Errötens, das als vasomotorischer Reflex mit dem ursprünglich vorhandenen vasomotorischen Zornreflex in Zusammenhang gebracht wird. In der Psychologie des Schamgefühls zeigt er bei der Besprechung der Entstehung der „Schamhülle", daß die niederen Menschen der Gegenwart das geschlechtliche Schamgefühl nicht besitzen, und in der Besprechung des „erotischen Kultes", wie auch bei den geschichtlichen Völkern das geschlechtliche Schamgefühl langsam erst mit der Entstehung der Ehe, als die Ehe aus der Wirtschaftsgemeinschaft zur Geschlechtsgemeinschaft wurde, aufkam. Jetzt entwickelt sich das Schamgefühl zuerst beim Weibe. Historisch wird den Juden in der Ausbreitung des geschlechtlichen Schamgefühls eine besondere Rolle zugewiesen. „Die Aktivität der Liebe" soll sich in erster Linie beim israelitischen Weibe gezeigt haben. — In einem letzten Kapitel wird die Bedeutung des Schamgefühls hinsichtlich des Rassenaufstieges und die Notwendigkeit zur Erziehung zur Scham besprochen. Das Buch klingt in tiefem Ernste aus. Ein jeder, dem das Volkswohl am Herzen liegt und berufen ist oder sich berufen fühlt, an der Erziehung des Volkes teilzunehmen, findet in ihm reiche Belehrung.

Gerson (65) bestreitet, daß die bei Schreck, Angst, Erwartung, nervöser Erschöpfung und im Augenblick des Sterbens auftretenden Ausscheidungen und Entleerungen auf eine Irradation nervöser Energie zurückzuführen sind, sondern führt sie als zweckmäßige Erscheinungen darauf zurück, daß der Organismus im Augenblick der Gefahr oder vermeintlicher Lebensbedrohung durch die Ausscheidungen im vegetativen System eine Verminderung im Verbrauch von Energien herbeiführen will, die dann dem nervösen Zentralorgan zugeführt werden sollen. *Gerson* verspricht sich deshalb von der Anwendung „körperlicher Entladungen gerade in solchen Fällen einen Erfolg, wo, wie bei nervöser Erschöpfung, Ohnmachten, Geistesstörungen u. dergl., wirksame Heilmittel sonst gar nicht zu Gebote stehen". So kommen alte Anschauungen immer einmal wieder zum Vorschein.

Graul (67) lehrt in seiner Schrift, wie notwendig es ist, bei Beurteilung von Krankheitserscheinungen nicht am Symptom zu kleben, sondern die Konstitution zu betrachten. Die vielfachen konstitutionellen Störungen, die man auch in den verschiedenen Konstitutionstypen, Status lymphaticus sive hypoplasticus, Status exsudativus sive eosinophilus und Status neuroarthriticus, aufgeteilt hat, sind nur Stigmata einer degenerativen Konstitution, verflechten sich untereinander und stehen miteinander in regen Wechselbeziehungen.

Prognose und Therapie gewinnen unter diesem Gesichtspunkte besondere Bedeutung.

Hansens (77) Versuch einer Analyse und Klassifikation der Geisteskrankheiten entfernt sich zu sehr von den gebräuchlichen Begriffsbestimmungen und ist deshalb schwer verständlich.

Heidema (80). Ausführliche Untersuchungen über den Blutzuckergehalt bei geistigen Erkrankungen. Er hat in den meisten Fällen von Melancholie, Manie, Dementia praecox, Basedow, Alkoholismus, der Paralyse, traumatischer Neurose, Gehirntumoren, seriöser Meningitis eine Vermehrung des Blutzuckers gefunden. Die Zahl der Einzelfälle war allerdings keine große, so daß wohl endgültige Schlüsse nicht zu ziehen sind. Tritt Glykosurie auf, so hängt sie mit der Hyperglykämie zusammen und ist eine Folge derselben. Es werden die einzelnen ätiologischen Voraussetzungen für die Vermehrung des Blutzuckergehaltes erörtert.

Heinicke (81). Interessante Selbstschilderung eines Halluzinanten, wie er zum Bewußtsein des Krankhaften seiner halluzinatorischen Erlebnisse kam.

Heinicke (82) berichtet über eine in Großschweidnitz beobachtete epidemische ruhrähnliche Erkrankung, die den Dünndarm befiel und bakteriologisch nicht ergründet werden konnte. Bei den von ihm beobachteten Ödemkrankheiten fehlte die Bradykardie häufig; wo sie auftrat, war sie nicht als Vagussymptom aufzufassen, sondern als ein Zeichen eines beginnenden Gehirnödems.

Hennes (83). Die von ihm angegebene Leseprobe besteht darin, daß mittels eines Spiegels, der neben dem Lesenden auf dem Tische liegt, die beim Lesen auftretenden ruckartigen Bewegungen der Bulbi beobachtet und hierdurch die Zahl der „Lesepausen“ und die „rückläufige Bewegung“ des Bulbus bestimmt werden. Bei organischen Verletzungen sind beide vermehrt. Hieraus wird auf eine Erschwerung der Auffassung geschlossen.

Heveroch (87) publiziert einige Fälle, bei welchen es sich um Kombinationen von einigen, der Sphäre der Aphasie, Apraxie und Agnesie angehörenden Funktionen handelte, und schließt damit seine Artikelserie über Aphasien. Im Sinne seines wiederholt hier in Referaten wiedergegebenen Schemas handelt es sich in einem Falle um Störung der $f_1^e + f_3^f + f_2^o + f_2^g$ (Agnosie und Apraxie infolge der Enzephalomalacie), im zweiten um analoge, weniger mannigfaltige Störung der $f_1^{(p, e)}$, im dritten um Kombination von amnestischer Aphasie + Agnosie, im vierten um Verlust der musikalischen und rechnerischen Kenntnisse, kombiniert mit amnestischer Aphasie + Amerisia + Apraxie, im fünften um kombinierte Aphasie + Agnosie + Apraxie. Klinisch handelt es sich meistens um enzephalomalazische oder senile Demenzen. *Jar. Stuchlík* (Košice).

Heveroch (88). *H.* versteht unter Kamnophasie (χάμνω = ermüde, erschwache) eine solche Sprachstörung, die dadurch charakterisiert wird, daß bei den Kranken infolge der Ermüdung die Fähigkeit, sich durch die Sprache zu verständigen, rasch sinkt; und zwar betrifft diese Fähigkeitsverminderung alle oder nur einzelne Komponenten der Sprache. — Die Dyslexie nach *Berlin* oder die Dysantigraphie von *Gulbenk* sind nur einzelne, auf isolierten Störungen ruhende Formen der Kamnophasie. Pathologisch-anatomisch kann man die Störung als



Folge der diffusen Sklerose der Hirnarterien auffassen; organische lokalisierte Zentrenerkrankungen können Kamnophasie nicht hervorrufen. Zwei eigene Krankenbeobachtungen, oben zitierte Fälle aus der Literatur und einige andere, wobei auf veränderte Auffassungen der Nachfolger *Berlins* betreffs seiner Dyslexie hingewiesen wird, illustrieren die theoretischen Auseinandersetzungen des Autors.

Jaros. Stuchlik (Košice).

Heveroch, A. (89). *H.* beschäftigte sich in früheren Mitteilungen mit verschiedenen klinischen Formen der allgemein als aphatisch zu bezeichnenden Störungen. Meistens sind diese Störungen unheilbar oder eminent chronischen Charakters. Außerdem aber beobachtet man hie und da seltenere Störungen, die nach kurzer Zeit wieder verschwinden. Diese dann, die klinisch jedes der früher eingehend diskutierten Krankheitsbilder annehmen können, nennt Verf. transitorische Aphasien. Hauptsächlich bei der Beurteilung des Krankheitsbildes und der Prognosebestimmung muß man an die Möglichkeit des Auftretens transitorischer Funktionsstörungen denken. Die Grundlage dieser Erkrankungen kann sowohl ein heilbares organisches Leiden, aber auch eine funktionelle Störung sein.

Jar. Stuchlik (Košice).

Hirsch (90) fordert bei der entsetzlichen wirtschaftlichen Notlage unseres Vaterlandes, daß der Staat die Aufzucht der Kinder übernimmt, die sonst in Gefahr sind, zugrunde zu gehen; er verlangt Kinderhäuser, und für werdende Mütter, die sonst in Gefahr des gewollten oder ungewollten Abortes geraten, Mutterhäuser.

Hirsch (91). In einer zweiten Schrift nimmt er für den Frauenarzt das Recht in Anspruch, sich an der Bevölkerungspolitik zu beteiligen, und weist zur Begründung hierfür darauf hin, in welcher Beziehung überall der Frauenarzt der ausschlaggebende Beurteiler in Erkennung und Behandlung und in dem Vorbeugen der Frauenkrankheiten mit ihren Folgen auf die Geburtstätigkeit ist.

Hoffmann (95) kommt zu dem Ergebnis, daß aus den bisherigen Forschungsergebnissen nicht der Schluß zu ziehen ist, daß beim Menschen die Vererbung erworbener Eigenschaften vorkommt; doch ist die Frage noch nicht für alle Zeiten in verneinendem Sinne zu beantworten.

Hoffmann (96) betont die geringen Erfolge der psychiatrischen Erblichkeitsforschung, die namentlich durch die diagnostischen Unsicherheiten und durch die mangelnde Einheit des klinischen Systems bedingt sind. Aus seinen Ergebnissen sei folgendes hervorgehoben: „Die Ausbeute der Forschung bei der Dementia praecox ist etwas reichhaltiger als bei dem manisch-depressiven Irresein. Bei Geschwistergruppen besteht in der Mehrzahl der Fälle Gleichartigkeit der Vererbung. Polymorphe Vererbung in einer Familie ist nicht selten. Bei Geschwistergruppen hat vor allem die Vergesellschaftung mit dem manisch-depressiven Irresein Bedeutung. Ein progressiver Erbgang ist nicht die Regel. Vielmehr kann man bei der Dementia praecox häufig eine Art Regeneration feststellen. Über die Bewertung der sogenannten abnormen Charaktere läßt sich noch kein Urteil fällen. Ob vereinzelt auftretende Dementia praecox-Fälle anders als die familiär auftretenden Fälle zu beurteilen sind, ist noch nicht zu entscheiden. In Dementia praecox-Familien kommt nicht selten Epilepsie vor. Neben der Heredität spielen

bei der Dementia praecox auch Keimschädigungen durch Lues und Alkohol eine Rolle. Doch kann der Alkoholismus in der Aszendenz auch Symptom einer Schizophrenie sein. In Dementia praecox-Familien scheint eine relativ hohe Kindersterblichkeit vorzuliegen.

*Hoppe*s (98) psychiatrische und religionsphilosophische Studien über den Wahn und den Glauben behandelt eine Frage, der sich jeder Fachgenosse, der die Verantwortung seines Berufes und seiner Diagnose kennt, aus eigenem Antriebe oder durch seine Tätigkeit gezwungen immer wieder zuwendet, von deren Beantwortung aber mancher auch alsbald wieder Abstand nimmt, weil ihm das Eindringen in den Stoff zu schwer erscheint oder er herausfühlt, daß ihm eine Beschäftigung mit diesen Fragen nicht liegt. Hier kommt ihm nun *Hoppe* mit seiner Studie entgegen. Sie ist tiefgründig und so anschaulich geschrieben, daß sie niemand wieder aus der Hand legen wird, der mit ihr begonnen hat.

*Horstmann*s (99) ausführliche psychologische Schilderung und Beurteilung eines Mitgliedes der Sekte ernster Bibelforscher, der im Kriege plötzlich den Dienst verweigerte, von ihm für verantwortlich und von früheren Begutachtern für nicht verantwortlich erklärt wurde. Den eigenen Standpunkt begründet *Horstmann* unter ausführlichem Eingehen auf religionspsychologische Fragen und unter Vergleichen der religiösen Sektiererei mit der echten Paranoia.

Jacobsohn (100) gibt den Jugendlichen von 12—18 Jahren 7 Blätter in die Hand, auf denen Straftaten beschrieben sind, die die Jugendlichen zu begehen pflegen. Die Straftaten sind nach Art, Veranlassung und nach dem angerichteten Schaden verschieden und steigern sich von harmlosen bis zu ganz schweren. Der Jugendliche hat nun die Blätter durchzulesen und nach seinem Verständnis und Gefühl so zu ordnen, daß die Straftaten sich der Schwere nach folgen. Die Reihenfolge seines Einordnens muß der Jugendliche nachher erklären. Seine Beispiele zeigen, daß man auf diese Weise einen recht guten Einblick in die Urteilsfähigkeit und in das sittliche Denken Jugendlicher bekommen kann.

Jentsch (103) hat an Büsten und Abbildungen des Kopfes von Franz Liszt Verhältnisse gefunden, die den *Gall*schen Theorien entsprechen.

Jödicke (105). Ausführliche Beschreibung eines eunuchoiden Riesen. Es wird eine Hypoplasie der Geschlechtsdrüsen angenommen.

Jörger (106 u. 107). Ausführliche, über viele Generationen sich erstreckende Geschichte und Charakteristik der Wanderfamilien Zero und Markus, die jahrhundertelang als Kesselflicker, Schirmflicker, Quacksalber, Schinder, Wahrsager, Kartenschläger bettelnd, hausierend, stehlend, betrügend umherwanderten und Armen-, Gemeinde-, Gerichts- und Polizeibehörden an allen Orten beschäftigten und zeitweilig fast zur Verzweiflung brachten. Ein ganz außerordentlich interessantes Stück Menschheitsgeschichte wird hier mit größter Anschaulichkeit geschildert. Man staunt darüber, was alles an Vagabundismus, Verbrechen, Unsittlichkeit, Geistesschwäche und Geistesstörung und Pauperismus von einer Sippschaft geleistet werden kann. Beschreibungen von Familien, die auf der Höhe der Kultur standen und der Menschheit wertvolle Geschenke gemacht haben, haben wir viele. Aus



den tiefsten Schichten sozialen Lebens heraus wird uns mit solcher Gründlichkeit zum ersten Male eine Familiengeschichte gegeben.

Kahns (109 u. 110) ausführliche psychologische Zergliederung von 15 revolutionären Führern zeigt deutlich, aus welchen Elementen sich die Führer der revolutionären Masse zusammenzusetzen pflegen, und auf Grund welcher psychologischen Eigenschaften der Masse und ihrer sogenannten Führer es zu solcher Heraushebung derartiger Naturen kommen kann.

Keller (115). Die neuen Versuche *Keller*s über den mikroskopischen Elektrizitätsnachweis lassen auch für die Anatomie und Physiologie des Nervengewebes neue Anregungen erwarten.

Kläsi (117) teilt Fälle mit, bei denen es auf Grund eines Impotenzkomplexes bei ursprünglicher normaler sexueller Veranlagung auf dem Wege einer Selbstsuggestion zu homosexuellen Empfindungen gekommen war. Die Homosexualität diente dem Impotenzkomplex zur Rechtfertigung und Verkleidung. Wo im Symptomenkomplex sog. echter Homosexualität der Impotenzkomplex (Angst vor Impotenz und hypochondrische Besorgnisse wegen derselben) in Erscheinung tritt, liegt die Vermutung nahe, daß es sich nicht um angeborene, sondern um hysteriform erworbene Sexualität handelt.

Kleist (118). Es treten heteronome (dem normalen Seelenleben fremdartige) Zustandsbilder auf, und zwar Dämmerzustände, Delirium mit traumhaften optischen Sinnestäuschungen, Amentia, ein psychomotorischer Erregungszustand, eine Depression mit Zwangsvorstellungen und eine Angstneurose.

*Klieneberger*s (119) Schrift über die christliche Wissenschaft ist eine außerordentlich dankbar zu begrüßende Vervollständigung der bisher über sie vorhandenen Schriften.

Kretschmer (127) erblickt die nächste große Hauptaufgabe der klinischen Psychiatrie in der Schaffung einer Konstitutionen- und Charakterlehre. Der Begriff der Konstitution (z. B. der schizophrenen, zirkulären, epileptischen), d. h. der Erbanlagen in ihren seelischen und körperlichen Eigenschaften ist dabei nicht eng zu umschreiben, sondern möglichst ausgedehnt zu denken, damit er in allen hereditären Äquivalenten, in allen Teilkomponenten, in allen Persönlichkeitstypen, in den familiären Zusammenhängen erfaßt wird. Auf dieser konstitutionellen Grundlage erwächst das Charakteriologische, die Reaktion der individuellen Persönlichkeit auf psychische Reize. „So vermag ein Charakter vom sensitiven Reaktionstyp auf der Grundlage einer schizophrenen wie einer zirkulären Konstitution sich zu entwickeln, und umgekehrt ein zirkulärer Stamm ebensowohl expansive (Querulantenwahn) wie sensitive (Zwangsneurose) Blüten auf dem Gebiete der charakteriologischen Reaktion zu treiben.“

Kronthal (130) verwirft alle herrschenden Vorstellungen von dem Wesen und den Leistungen der zentralen Nervenzelle, weil sie widerspruchsvoll sind und gegen die einfachsten Gesetze der Logik verstoßen, und gibt eine eigene Theorie. Die Beweisführung macht er sich recht leicht.

Ladwig (135). Untersuchung auf die von *Galant* beschriebenen Daumenballen- und Kleinfingerballen-Reflexe an 60 gesunden und 140 kranken Personen.



Der Daumenballenreflex bestand in 56 % in einer Streckung und in 92 % in einer Hebung des Daumens. Der normale physiologische Daumenballen-Reflex besteht allein nur in einer Hebung oder Streckung des Daumens. Der Kleinfingerballen-Reflex war in 95 % der Fälle vorhanden.

Lenz (139). Der Prozentsatz der Verwandtenehen, welcher sich bei den Eltern der Träger gewisser Leiden findet, ist abhängig von der allgemeinen Häufigkeit, mit der die erblichen Anlagen zu den betreffenden Leiden in der Bevölkerung verbreitet sind. Diese Beziehung ist zahlenmäßig faßbar. Ein Vergleich mit den tatsächlichen Zahlen bei Idiotie, Taubstummheit, Pigmentatrophie der Retina und Dementia praecox zeigt, daß wenigstens der Größenklasse nach eine Übereinstimmung besteht.

Bianchini (141). Verf. definiert den Mut als die physische und moralische Kraft, der Gefahr, dem Schmerz, dem Unbekannten ohne Furcht entgegenzutreten. Bei dieser Gelegenheit kommt Verf. auch auf die deutschen Barbaren zu sprechen, die über die ahnungslosen Völker der Entente plötzlich hergefallen seien. Die sittliche Entrüstung nimmt sich bei dem Verrat Italiens besonders gut aus. *Ganter.*

Levy-Suhl (142). Ein dankbar zu begrüßender Versuch, den auch in Ärztekreisen immer noch vorhandenen falschen Vorstellungen von dem Wesen der Hypnose entgegenzutreten und der Hypnose den Nimbus zu nehmen.

Lewandowskys (143) Schrift ist erst nach seinem Tode erschienen. Es ist ein gutes Vermächtnis, was er uns hinterlassen hat, dem man die weiteste Verbreitung wünschen muß. Denn seine reichen fachärztlichen Erfahrungen über die Kriegsschäden des Nervensystems sind hier in knapper Form, aber übersichtlich und für jedermann verständlich niedergelegt, derart, daß dieses Buch, wenn es auch zum Zweck der Beurteilung der Kriegsschäden und aus der Kriegserfahrung heraus geschrieben wurde, doch weit über diesen Rahmen hinaus von Nutzen sein wird.

Lewin (144). In *Breitensteins* Repetitorien ist unter Nr. 15 *Lewins* Repetitorium der Psychiatrie in dritter, neu bearbeiteter Auflage erschienen. In knapper, aber doch ausführlicher Form bringt es das Wesentlichste aus dem großen Gebiete der Psychiatrie und kann als Repetitorium in jeder Beziehung empfohlen werden.

Libra (146). Das Buch ist mehr wert, als der Titel und die Reklame erwarten lassen. Es hat einen hohen ethischen Wert, wenn man auch mit Einzelheiten, z. B. der Voraussetzung des Dualismus, Zeugung und Geschlechtsbestimmung, nicht einverstanden sein kann. Man könnte als Arzt das Buch empfehlen, wenn der Verf. sich nicht als Gegner der Behandlung der Geschlechtskrankheiten mit Quecksilber und andern schweren Giften bekennen würde. Denn hierdurch kann er das Gute, was er erreichen möchte, restlos wieder zunichte machen und sogar noch mehr schädigen.

Löwy (149) berichtet von guten Erfolgen in der Behandlung von Unruhe, Störungen des Allgemeinbefindens, depressiven Zuständen u. a. durch anregende und beruhigende Balneotherapie und durch Trinkkuren.

Michalke (157) berichtet über günstige Wirkung des Nirvanols, Dosis 0,3 bis 1,0. Bei längerem Gebrauch tritt Somnolenz und taumelnder Gang ein. Eine



andere Nebenwirkung besteht in Auftreten von erhöhter Temperatur und einer erythematösen Rötung der Gesichtshaut.

Mönkemöller (159) bespricht ausführlich den Einfluß des Krieges und der Revolution auf die Fürsorgezöglinge beiderlei Geschlechts in den Fürsorgeanstalten der Provinz Hannover und schildert die Grundzüge des Fürsorgeerziehungswesens in der Provinz für die Psychopathen und Schwachsinnigen und ihre Gestaltung unter den Einwirkungen von Krieg und Revolution. Während des Krieges spielten die zum Heeresdienst eingezogenen Fürsorgezöglinge eine große Rolle vor den Kriegsgerichten. Bei der Revolution wurden sie massenweise aus den Anstalten herausgeholt, zumal die derzeitigen Machthaber selbst vielfach in engen verwandtschaftlichen Beziehungen zu den Zöglingen standen. Doch mußten die üblen Erfahrungen bald andere Bestimmungen der Arbeiter- und Soldatenräte notwendig machen. Seit 12 Jahren werden in Hannover periodisch die schulpflichtigen und schulentlassenen Zöglinge, die in den Erziehungsanstalten untergebracht sind, untersucht. Daneben gehen psychiatrische Kurse für die Ausbildung des Personals. Eine Hilfsschule im Stephansstift in Hannover sorgt für den Unterricht der schwachsinnigen Knaben. Dort ist auch eine Abteilung für die asozialen Zöglinge eingerichtet, die nicht für die Hilfsschule und nicht für die Irrenanstalt passen. Die psychopathischen männlichen Zöglinge, die aus der Schule entlassen sind, aber der Anstaltsaufsicht bedürfen, werden in der Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Zöglinge in Göttingen untergebracht. Die erwachsenen weiblichen Psychopathen mit asozialem Charakter werden zum Teil in einem festen Haus im Frauenheim in Himmelstür untergebracht; zum Teil in einer der Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen angegliederten Abteilung. Diese war in erster Linie für Schwachsinnige gedacht, doch liefen auch reine Psychopathen mit der Zeit unter, die dann der ganzen Behandlungsart eine besondere Prägungsart gaben. Krieg und Revolution gingen an Schwachsinnigen ziemlich einflußlos vorüber; anders aber bei den intelligenten, schulentlassenen weiblichen Psychopathen. Für ihre Behandlung erwies sich die große Anstalt mit den vielen, getrennten Abteilungen sehr geeignet. Auch bei der vielfach notwendigen Entmündigung bietet die Beobachtung in der Anstalt große Vorteile.

Morgenthaler, W. (160). Bemerkungen zum gleichnamigen Aufsatz von *Hermann Oppenheim.* Psychische Höherwertigkeit ist nicht einfach der Gegensatz von psychischer Minderwertigkeit, sondern etwas viel Komplizierteres. Es werden unterschieden die intellektuelle Höherwertigkeit, die Höherwertigkeit der Triebe und Strebungen und diejenige der höheren sittlichen Gefühle. Die ideale Höherwertigkeit ist die Vereinigung der verschiedenen partiellen. Es gibt Höherwertigkeiten, die ihre Wurzel in der Psychopathie haben. Eine dieser Wurzeln ist das psychopathische Minderwertigkeitsgefühl. Damit dieses zur Höherwertigkeit führt, muß erstens die Psychopathie ihrem Träger völlig bewußt sein; zu diesem Bewußtsein muß ferner ein negativer (peinigender) Gefühlston hinzukommen; und drittens endlich muß dieser Gefühlston in bestimmter Weise in Verbindung treten mit den Strebungen. Die psychopathische Höherwertigkeit als Folge eines Minder-

wertigkeitsgefühls ist verschieden von der Höherwertigkeit des übernormalen Gesunden, indem nicht, wie bei diesem, ein gleichmäßiges, zielstrebiges Wollen vorhanden ist, sondern vielmehr heftige Unlustgefühle im Vordergrund stehen, die wie Peitschenschläge wirken. Das Schaffen des psychopathisch Höherwertigen ist daher weniger ein gleichmäßiges als ein periodisches. Eigenbericht.

Morgenthaler, *W.* (162). Mitteilung von 3 Fällen. Neben der zentralen Disposition spielen bei den Gesichtshalluzinationen (wie bei den Halluzinationen überhaupt) periphere Einflüsse eine Rolle. Diese peripher ausgelösten Erscheinungen werden im einen Fall einfach ohne Erklärung hingenommen; in einem andern werden sie scharf aufgefaßt und durch nachfolgende Erklärungen erläutert; in einem dritten Fall werden (wie bei der Mehrzahl der Halluzinanten) in unbestimmt aufgefaßte, von der Peripherie ausgelöste subjektive optische Phänomene die Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen des Kranken hineinverlegt. Diese affektiven Bedürfnisse können die Aufmerksamkeit so stark auf sich lenken, daß die peripheren Faktoren leicht übersehen werden. Es ist nicht bewiesen, daß es auch Gesichtshalluzinationen ohne peripheren Anteil gibt. Eigenbericht.

Morgenthaler, *W.* (163). Das Schreiben wird definiert als Ausdruck von Psychischem durch den Inhalt von Schriftzeichen, das Zeichnen als Ausdruck von Psychischem durch Formen (und Farben). Übergänge vom Zeichnen zum Schreiben kommen zustande dadurch, daß Zeichnungen in eine Bilder- und von da in eine Buchstabenschrift übergehen. Es ist das der natürliche phylogenetische und ontogenetische Entwicklungsgang der Schrift (Aufbau). Übergänge vom Schreiben zum Zeichnen, d. h. entgegengesetzt der natürlichen Entwicklung kommen zustande durch allmähliche Verschiebung des Interesses vom Inhalt auf die Form der Schrift und weiter durch die Ausgestaltung der Schriftteile zu eigentlichen Zeichnungen (Abbau). Die Untersuchung von 77 Fällen, deren graphische Produkte Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben aufweisen, kommt dann zum Hauptergebnis, daß in den graphischen Produkten der Geisteskranken sich viel häufiger Übergänge vom Schreiben zum Zeichnen als solche vom Zeichnen zum Schreiben finden, d. h. „die Rückschläge oder die Erscheinungen des Aufbaues überwiegen bei weitem diejenigen des Aufbaues". Später wird dieses Ergebnis dann erweitert zum Satz: „Schädigungen der Psyche, wie es z. B. die Geisteskrankheiten sind, haben die Neigung, in den graphischen Produkten Rückschlagserscheinungen hervorzurufen"; ähnliche Erscheinungen rufen wahrscheinlich auch andere Schädigungen — Alkohol, Ermüdung usw. — hervor. Eine Reihe von Einzelergebnissen sind im Original nachzulesen. Eigenbericht.

Nissl (169). Nachruf auf *Brodmann* und eingehende kritische Würdigung seiner Lebensarbeit.

Obersteiner (173 u. 174). Rückblick auf die Entwicklung des Neurologischen Instituts der Universität Wien, veranlaßt durch sein Ausscheiden aus dem Amte.

Oppenheim (176). Interessante Beiträge zum Kapitel des Kinderhasses, der auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution bei Frauen erwachsen war. Schlechtes Verhältnis zum Ehemann bestand bei allen. Der Kinderhaß kann sich erst im Laufe der Jahre entwickeln, kann aber auch schon dem Neugeborenen

entgegengebracht werden. Bei der hysterischen Veranlagung kann der Kinderhaß entsprechend den Schwankungen des Affektlebens schwanken, kann aber auch dauerhaft sein.

Pick (181) zeigt an einem Beispiel, das den Äußerungen eines Paralytikers entnommen ist, wie bei erhaltenem Bewußtsein und innerhalb des Bereiches der Aufmerksamkeit mehrere Gedanken gleichzeitig nebeneinander bestehen und in verschiedenster Weise miteinander in Beziehung treten können, daß also nicht immer nur ein Gedanke sich an den andern reihen muß.

Pilcz (184) hat das große Material an psychischen Erkrankungen, mit dem er während dreier Kriegsjahre zu tun gehabt hat, mit den Erkrankungen der psychiatrischen Klinik aus dem Jahre 1913 verglichen und kommt zu folgendem Ergebnis: In direktem ursächlichen Zusammenhange mit den Kriegsschädigungen stehen die ungewöhnlich hohen Prozentverhältnisse für akute funktionelle Psychosen (Melancholie, Amentia), für die traumatischen Formen, die psychogenen Depressionszustände, die Erschöpfungszustände und die psychotischen Phasen beim Schwachsinn. Nicht ursächlich bedingt ist, steht aber doch im weiteren Sinne mit den Kriegsschäden im Zusammenhange das Überwiegen der Schizophrenien.

Pilcz (185) hat das enorme Menschenmaterial mit dem bunten Völkergemisch, mit dem er als Heerespsychiater während dreier Kriegsjahre zu tun gehabt hatte, nach Unterschieden in Art und Form der psychischen Erkrankungen durchmustert und festgestellt, daß die Deutschen die größte Disposition zu Depressionszuständen gezeigt haben. Die Alkoholpsychosen waren bei den Deutschen und Nordslawen am häufigsten vertreten, weniger bei den Südslawen, den Ungarn und Italienern, gar nicht bei den Juden. Dagegen kamen epileptoide Zustände, epileptische Psychosen und pathologische Rauschzustände häufiger bei den Südslawen und den Italienern vor, während die Juden am häufigsten an psychopathischen Zuständen und die Ungarn an der Paralyse erkrankten. Die akuten Psychosen aus der Amentia-Gruppe hatten bei den Slawen, Ungarn und Juden eine schlechtere Prognose. Hypochondrisch gefärbte Zustandsbilder waren bei den Juden häufiger, depressive bei den Deutschen.

*Placzek*s (188) „Freundschaft und Sexualität" liegt in 4. Auflage vor, ein Beweis, wie das Buch Anklang findet. Es ist wiederum etwas dicker geworden. Neu hinzugekommen sind die Kapitel „Freundschaft, Sexualität und Freudsche Lehre" und „Nietzsche und Wagner". Doch ist das Werk auch sonst in manchen Teilen umgearbeitet. Es nimmt kritisch Stellung zu mancher Art der Behandlung gleichgerichteter Probleme und ist damit in vieler Beziehung noch anregender geworden.

Pophal (190) hat in der Psychiatrischen Klinik in Greifswald bei 14 Kranken mehrmals am Tage das Gewicht bestimmt und ein Ansteigen des Gewichts im Laufe des Tages von durchschnittlich 2,72 kg festgestellt. In der Nacht trat bei vermehrter Urinausscheidung dann meistens ein Abfall zur Norm wieder ein. Er bringt diese Gewichtszunahme mit einer Wasserretention in Zusammenhang, die ihrerseits auf die an Kohlehydrat, Kochsalz und Wasser reiche Kriegskost zurückgeführt wird.

Popper (192) beobachtete nach völliger Durchtrennung oder Durchquetschung



der mittleren Teile des Dorsalmarkes, die eine völlige motorische und sensible Funktionslähmung des unteren Körperabschnittes zur Folge hatte, bei Stichen in die laterale Seite der Fußsohle eine Reflexbewegung, die eine langsame Kontraktion des Sartorius und eine geringe der Strecker des Oberschenkels zur Folge hatte und die der Ausbildung der spastischen Reflexe voranging. Der Reflex wird den medullären Automatismen zugerechnet.

Popper (193) beobachtete bei einer Frau, die an den Folgezuständen einer Hemiplegie litt, linksseitige epileptoide Rindenreizerscheinungen von *Jackson*schem Typus, die zum Teil in Krampfanfällen bestanden, zum Teil aber auch einen rein sensiblen Charakter hatten, und deren Beginn in einem eigentümlichen, von den Fingerkuppen der vier ulnaren Finger der linken Hand ausgehenden Gefühl bestanden. Dies Gefühl ging nach einiger Zeit in einen Schmerz über und verbreitete sich in dieser Form gleichmäßig über die ganze Hand und den Unterarm. *Popper* nimmt an, daß für die Fingerspitzenempfindung bei ihrer Bedeutung für das Tasten eine besondere funktionelle Lokalisation in der Hirnrinde besteht.

Prinzhorn (195) unterzieht die Literatur, die bisher über das bildnerische Schaffen der Geisteskranken vorliegt, einer kritischen Untersuchung und zeigt, wie die Probleme heranwachsen, bis jetzt der Rahmen der Fachwissenschaft für die allseitige Würdigung des Stoffes zu klein geworden ist.

Redlich (198). Ausführlicher Überblick über alle Beziehungen zwischen Gehirnphysiologie und Gehirnpathologie; im einzelnen über die Bedeutung der motorischen und subkortikalen Zentren, der Apraxie, der Aphasie, der sensiblen Funktionen, des Tastvermögens, der Funktionen der Sehsphäre und der Hörsphäre, des Kleinhirns, der Rechtshändigkeit und der gekreuzten Hemisphärenregion.

Rehm (199). Ein Versuch, eine psychiatrische Systematik nach biologischen Gesichtspunkten aufzustellen unter Zugrundelegung des Zusammentreffens zerebraler Erkrankungen mit einer bestimmten Konstitution. Als solche Konstitutionen hebt *Rehm* hervor die konstitutionelle Denkhemmung, die auf einer Inkohärenz des Gedankenablaufes, auf einem krankhaft gehäuften Zuströmen von Einfällen bei erhöhter Ablenkbarkeit beruht; ferner die Psychogenie, bei der auf Grund von Gemütseindrücken psychische Störungen entstehen, und endlich die paranoische Reaktionsweise.

Rehm (200). Die Krampfanfälle bei Epilepsie verursachen in der Regel eine Gewichtszunahme. Bei Epilepsie und Dementia praecox wird ein auffallendes Ansteigen des Körpergewichts mit Fettsucht beobachtet. Bei akuten Geistesstörungen zeigen sich ausgeprägte Wellenbewegungen des Körpergewichts; chronische führen meist zu gleichbleibendem Gewicht. Im chronischen Stadium der Dementia praecox gehen die Schwankungen meist nicht parallel mit dem klinischen Verhalten; im Gegensatz zu den manisch-melancholischen Kranken, bei denen sie mit den psychomotorischen und nicht mit den affektiven Zuständen im Zusammenhang stehen und sich durch künstliche Ernährung nicht beeinflussen lassen. Den Schwankungen liegen wahrscheinlich selbständige Störungen des Stoffwechsels oder der inneren Sekretion zugrunde.

Die Menstruationsstörungen lassen sich nur an der Hand der Körpergewichts-



kurve beurteilen. Bei der Paralyse fehlen die Menses in der Hälfte der Fälle, bei der Epilepsie sind Störungen selten. Bei der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein zeigen die Störungen eine gewisse Verwandtschaft. Bei der Hysterie spielt das Ausbleiben der Menses keine bedeutende Rolle. Aus dem Fehlen und dem Nichtfehlen der Menses können prognostische Schlüsse nicht gezogen werden. Bei der Paralyse, der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irrsinn muß auch ein Zusammenhang der Störungen mit der inneren Sekretion angenommen werden.

Reichardt (202). Bis vor nicht langer Zeit wurde den psychischen Einwirkungen bei der Entstehung von Geisteskrankheiten eine große Rolle zugeschrieben. Dann trat ein Rückschlag ein. Jetzt tritt wieder ein Umschwung nach der ersten Seite hin ein. Doch zeigt sich die Wirkung der Außenwelt nicht auf dem Gebiete der Krankheitsursachen, sondern betrifft die Lieferung des Gedankeninhaltes. Wir sehen wohl die Ursache von Krankheitssymptomen, aber nicht von Krankheiten. Es fragt sich aber, ob und wieweit wir überhaupt imstande sind, eine Krankheit wie z. B. die Paranoia normal psychologisch zu erklären. Andrerseits wird das Krankhafte zu sehr betont, wo es sich nur um reaktive Erscheinungen handelt, die dem normalen Seelenleben nahestehen. Bei der Erörterung der physischen Ursachen auf Psychosen ist eine schärfere Begriffsbildung und größere Einheitlichkeit hierin notwendig. Der Ausdruck „psychogen" soll nur den Zuständen vorbehalten bleiben, die aus einer psychologischen Verarbeitung der von außen herantretenden, psychisch vermittelten Einwirkungen, z. B. in der Richtung der Befürchtung, entstehen. Psychische Einwirkungen bilden keine wesentliche Teilursache oder auch nur eine auslösende Gelegenheitsursache für die genuine Epilepsie, Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein, die Paranoia und die Paralyse. Auch bei den Psychoneurosen erkennt *R.* den entgegengesetzten Standpunkt *Bleulers* nicht an. Psychische Einwirkungen im Sinne von Schreckmotiven usw. wirken im allgemeinen nicht in länger dauernder Weise krankmachend. Die sogenannten psychogenen Krankheiten (Situationspsychosen und -neurosen) sind Symptome der psychopathischen Veranlagung.

Rittershaus (206). Genaue Schilderung des von ihm konstruierten Wagens zur Heimschaffung geistesgestörter Soldaten.

Römer (209). Aufruf an die beamteten Irrenärzte, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Die Notwendigkeit hierzu wird inzwischen wohl jedem Anstaltsarzt klar geworden sein.

Rumpfs (213) Schrift ist aus Vorlesungen an der Universität Bonn entstanden. Sie soll dazu beitragen, unser Volk wieder geistig gesund zu machen. Da es nur im beschränkten Maße richtig ist, daß ein freier Wille nicht besteht, kann der Mensch sich selbst lenken. Die Hebung unseres Gemeinschaftslebens muß aber vielseitig in Angriff genommen werden. Zunächst ist es nötig, organische Störungen, namentlich Alkoholismus und Syphilis, fernzuhalten. Dann muß die Erziehung unserer Jugend anders gestaltet werden. Pflichtgefühl und Selbstbeherrschung müssen gelernt, Charakter und Wille gestählt werden. Die bisherige Art der Schulausbildung mit der einseitigen Bevorzugung bestimmter geistiger Gebiete muß zurück-



treten gegenüber der Pflege der körperlichen Entwicklung und Gesundheit. Eine ernste Mahnung geht durch die Schrift; möge sie ihren Zweck erfüllen.

Sauerbrey (215) hat eine gute Übereinstimmung zwischen der Methode von *Binet-Simon* und der klinisch-pädagogischen Beobachtung feststellen können. Die Unterschiede sind zu gering, als daß sie zu einer Fehldiagnose Veranlassung geben könnten. Doch ist die Methode selbstverständlich für den Fachmann nicht ausreichend.

van Schelven (219) hat die Lehre von den traumatischen Erkrankungen des Nervensystems einer neuen Bearbeitung unterzogen, wobei er die allseitigen Erfahrungen des Weltkrieges deshalb so gut benutzen konnte, weil ihm als Neutralen das Material aller Länder zur Verfügung stand. Das Buch trägt in erster Linie den Erfordernissen der Praxis Rechnung. Deshalb stehen im Vordergrunde die Klinik, Diagnose, Prognose und Therapie. Ausführliche Hinweise auf die Literatur gestatten einem jeden die eigene Weiterforschung.

Schlöß (222). „Die Einführung in die Psychiatrie" erscheint in zweiter umgearbeiteter und vermehrter Auflage. Sie ist für weitere Kreise bestimmt und aus Vorträgen hervorgegangen, die vor einem nichtpsychiatrischen Publikum von Theologen und Pädagogen gehalten wurden. Dementsprechend werden alle sozialen Fragen berührt, zu denen die Psychiatrie Beziehungen hat. Neben den Ursachen der Geistesstörungen ist die Trunksucht und ihre Folgen besonders behandelt. Neu sind die Kapitel über psychische Epidemien, über den Selbstmord und über die Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Die Besprechung der psychischen Krankheitsformen ist dem Zweck des Buches angepaßt, ohne daß aber die besonderen medizinischen Interessen außer acht gelassen sind. Auch die neue Auflage wird fraglos denselben Anklang finden wie die erste.

Schlomers (223) Leitfaden der klinischen Psychiatrie liegt in zweiter Auflage vor. Sie ist gegenüber der ersten Auflage wenig verändert; nur die psychopathologischen Untersuchungsmethoden sind eingehender behandelt. Dies ist für den Anfänger, für den das Buch in erster Linie bestimmt ist, von großem Vorteil. In der Einteilung der Krankheitsbilder schließt sich der Verf. ziemlich an die *Kraepelin*sche Schule an. Die Darstellung ist eine knappe, sehr übersichtliche und erfüllt alle didaktischen Forderungen.

Schneider (224). Trotz aller hirnanatomischen Forschungen sind wir von der Erkenntnis des Seelischen weiter denn je entfernt. Über die Tatsache, daß die Großhirnrinde das dem Seelischen zunächst zugeordnete Organ ist, sind wir nicht hinausgekommen. Der Satz: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten" ist ein Dogma. Es ist nicht die Aufgabe des Psychopathologen, sich mit den unlösbaren Fragen des Zusammenhanges von Gehirn und Seele abzuquälen. Es ist notwendig, die Neurologie von der Psychiatrie abzutrennen und in der Psychiatrie die Erforschung des Seelischen, die Reaktionsweisen des menschlichen Wesens zusammenzufassen und als „somatische Psychiatrie" die Erforschung der psychischen Störungen bei Gehirnerkrankungen zu bezeichnen und alle Gehirnerkrankungen der Neurologie zuzurechnen.

Schrenk-Notzing (225) gibt die Schrift des russischen Irrenarztes *Chowrin*



heraus, in der ein an schwerer Hysterie leidendes junges Mädchen geschildert wird, das die Fähigkeit des Hellsehens hatte, den Inhalt verschlossener Briefe und die Farbe von Gegenständen durch das Tastvermögen erkennen konnte.

Siber (237). Ausführliche Wiedergabe der Lebensgeschichte und des Krankheitsverlaufs von Schwachsinnigen, Schizophrenen und Kranker mit manisch-depressiver Erkrankung, bei denen sämtlich ein Zusammenhang zwischen Krankheit und Unfall abgelehnt wurde. Schon die außerordentlich große absolute Seltenheit dieser Psychosen in der Unfallbegutachtung spricht dafür, daß den Unfällen eine ursächliche Bedeutung bei dem Zustandekommen der genannten Geisteskrankheit nicht zukommt.

Siemens (240). Kritische Besprechung einer Anzahl von Begriffen und Anschauungen aus der Erblichkeitslehre.

Siemens (241) wendet zur klaren begrifflichen Unterscheidung der erblichen und nicht erblichen Disposition die von ihm in die Vererbungswissenschaft eingeführten Begriffe Idiotypus und Paratypus an. Unter Idiotypus versteht er die Summe aller erblichen Anlagen, und als paratypisch alle diejenigen Merkmale am Individuum, die durch Außenfaktoren bedingt sind.

Siemens (242) sieht in der Konstitution ein Symptomenbild, ein Syndrom, einen klinischen Begriff, der über einen Symptomenkomplex unterrichtet, bei dem eine ärztliche Hilfe nicht bzw. augenblicklich nicht nötig erscheint, und in der Disposition einen spezifischen Begriff, der nur über das Verhalten des Kranken einer ganz bestimmten äußeren Noxe gegenüber etwas aussagt. Die erhöhte Neigung konstitutionell Anormaler zu verschiedenen Krankheiten ist nur eine Folgeerscheinung der Konstitution und kann auch im einzelnen Falle einmal fehlen. In der Disposition erblickt er ein Maß für die Häufigkeit, mit der der augenblickliche Zustand eines Organismus durch das Hinzukommen gewisser auslösender Faktoren das Auftreten einer ganz bestimmten Krankheit bedingt.

Sommers (244) Schrift ist aus einer Vortragsfolge im hamburgischen Vorlesungswesen entstanden. Er selbst bezeichnet die Behandlung des Stoffes als eine Skizze; doch ist der Inhalt des Heftes ein so reichhaltiger, daß er weit über den Rahmen einer Skizze hinausgeht. Der Stoff ist mit einer solchen Gründlichkeit bearbeitet, daß derjenige Leser, der das Buch durchgearbeitet hat, die Empfindung hat, etwas mehr getan zu haben, als nur einer „Unterhaltung" mit dem Verf. gefolgt zu sein.

Stelzner (250). Mit großem Gedankenreichtum und in schwungvoller Sprache, unter vielen Vergleichen mit der französischen Revolution, gibt Verfasserin ein Bild von dem Psychopathologischen der Novemberrevolution.

Stern (253) hat durch genaue Befragung von 1000 Menschen nachgewiesen, wie mangelhaft die Mehrzahl der Menschen über Lebens- und Gesundheitsverhältnisse ihrer nächsten und entfernteren Angehörigen unterrichtet ist.

Stertz (254) gibt in seiner Antrittsvorlesung einen reichhaltigen kritischen Überblick über die bisher bekannten Beziehungen zwischen der Tätigkeit innerer Drüsen und dem Zentralnervensystem und denjenigen Erscheinungen erkrankter Drüsenfunktion, die eine symptomatische Bedeutung für gewisse psychische Er-

krankungen haben, ohne daß direkte Beziehungen zum Gehirn bestehen. Diese Tatsachen müssen für die Zukunft die Grundlage abgeben für die Erörterung eventueller pathogenetischer Beziehungen zwischen endokrinen Systemen und den großen Gruppen endogener Geisteskrankheiten.

Stertz (255). Krankheitsfall bei einem 64 jährigen Manne, bei dem anfallsweise in kleinen Pausen ohne begleitende Bewußtseinsstörung das Sprechen, Gehen und Sich-Bewegen versagte. Er kann plötzlich nicht mehr weiter sprechen, macht beim Gehen kleinere und langsamere Schritte; beim Schreiben wird die sonst flotte Schreibweise verlangsamt und mühsam; ebenso treten bei andern Bewegungen Verzögerungen und Verlangsamungen auf. Die sensorischen und sensiblen Funktionen bleiben normal, auch der Puls und die Atmung. Die Ermüdung spielt keine Rolle. Es handelte sich nicht um einen epileptischen Zustand, sondern wahrscheinlich um angiospastische Zustände, die auf der Grundlage der Arteriosklerose entstanden sind.

Stier (258) sondert in seinem Vortrage zwei Hauptgruppen der jugendlichen Psychopathen aus; eine Gruppe mit stark triebhaften Tendenzen und einer Hemmung der höheren sittlichen Strebungen, mit Erscheinungen der Freßgier, Unsauberkeit, stark egoistischen Trieben und der Verkümmerung des Gemeinschaftssinnes, der Schadenfreude, Neigung zu Grausamkeit und Tierquälerei und mit früh entwickelten sexuellen Neigungen. Eine zweite Gruppe ist mehr passiv veranlagt, zeigt neuropathische Symptome, wie Überempfindlichkeit auf allen Sinnesgebieten und Übererregbarkeit des ganzen Gefäßsystems mit Neigung zu Kopfschmerzen, gesteigerter Ermüdbarkeit und Schlafstörungen, ferner eine geringe Nachhaltigkeit der Willensregungen. Es sind die sensiblen Kinder mit ihren mancherlei körperlichen Beeinträchtigungen und Mißempfindungen, der Ängstlichkeit, Schüchternheit und Schwächlichkeit gegenüber robusteren Naturen.

Stranskys (262) Studie über den Deutschenhaß ist in der Gesinnung des warmherzigsten Vaterlandsfreundes geschrieben. Mit größter Objektivität zergliedert er die Seele des Deutschen; aber auch unseren Feinden bleibt er nichts schuldig. Ob solch ein Buch auch in andern Ländern möglich sein würde, weiß ich nicht recht. Denn solch einer Objektivität ist eben nur ein Deutscher fähig. Aber auch gerade deshalb wird *Stransky* unter den Deutschen viele finden, die ihm nicht zustimmen werden. Denn da man gesehen hat, welche entsetzliche Formen die Objektivität der Deutschen annehmen kann, gibt es manchen, der auch in der Objektivität einen seelischen Fehler des Deutschen erblickt. Doch klingt der Stolz *Stranskys*, ein Deutscher zu sein, so sehr aus jeder Zeile heraus, daß man nur wünschen kann, sein Buch möge den Weg in die allerbreiteste Öffentlichkeit finden.

Stransky (263). Von *St.*s Lehrbuch ist der II. Teil erschienen. Es ist ein stattlicher Band von 396 Seiten, der alles bringt, was für den praktischen Arzt und den, der es werden will, von der Psychiatrie wichtig ist. Gern hätte *Stransky* diesen zweiten Teil noch durch zahlreichere Abbildungen und Krankengeschichten vervollständigt. Es ist gewiß zu bedauern, daß die Zeitereignisse dies verhindert haben. Aber auch ohne eine größere Zahl von Abbildungen und Krankengeschichten ist *Stransky* in allen Abschnitten seines Werkes so verständlich, wie dies überhaupt



möglich ist. Gerade die knappe, bestimmte, aber alles Wesentliche berücksichtigende Form macht bekanntlich ein Lehrbuch beliebt. Nach solchem greift der Lernende lieber als nach mehrbändigen Handbüchern. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wollte man einem Lehrbuch *Stranskys* ein Geleitwort sagen. Es spricht für sich selbst und wird sich eine Stellung erobern.

Strohmayer (265) erblickt in gewissen Zwangsvorstellungen mit dem Inhalt durch irgendeine Handlung seine Mitmenschen in irgendeiner Weise geschädigt, verletzt, getreten, gestoßen oder gewürgt zu haben, und in dem Zwangsgrüben, und den Zwangsbefürchtungen für die eigene Person ein sadistisch-masochistisches Äquivalent für sexuelle Phantasien und Sexualhandlungen masochistisch-sadistischer Art. Es braucht dabei gar nicht einmal zu einer Erkennung des sexuellen Charakters dieser Phantasien gekommen zu sein. Es handelt sich dabei nicht um Verdrängungssymptome, die unbewußt geworden sind, sondern um enge Beziehungen zwischen Sexualität und Neurose, die in der Anlage gegeben sind und auf innersekretorische Vorgänge zurückgeführt werden.

Strümpell (266). Während sich das Raumbewußtsein aus der Verarbeitung gleichzeitig vorhandener Empfindungseindrücke ableitet, entsteht das Zeitbewußtsein aus der Verschmelzung gegenwärtiger Bewußtseinsvorgänge mit den Erinnerungsbildern früherer Bewußtseinserlebnisse. Doch ist die Entstehung des Zeitbewußtseins keineswegs an das Vorhandensein gegenwärtiger Empfindungsinhalte gebunden. Denn auch die inneren Erlebnisse des Bewußtseins, die sich ausschließlich in den angesammelten Erinnerungsschätzen abspielen, bedingen dadurch ein Zeitbewußtsein, daß die augenblicklichen Vorstellungen zu den unmittelbar vorangegangenen in eine zeitliche Verbindung eintreten. Die Zeitlichkeit haftet allen Bewußtseinsvorgängen an. Das unmittelbare Zeitbewußtsein zeigt eine große Beschränktheit. Nur die kürzesten Zeitabschnitte unterliegen einer einigermaßen richtigen zeitlichen Abschätzung. Sehr unsicher ist die Beurteilung des zeitlichen Ablaufs der Vorstellungen, des „inneren Zeitsinns". Den Anlaß zu dieser Ausarbeitung lieferten Typhuskranke, die eine Beurteilung der Dauer ihrer Erkrankung vollkommen verloren hatten, den Aufenthalt im Krankenhause um Monate und Jahre überschätzten und auch andere Zeitangaben dementsprechend vergrößerten.

Tafel (267). Interessante Beleuchtung der der Kriegswirtschaft anhaftenden Fehler, die Unzufriedenheit und Arbeitsunlust nach sich gezogen haben, und Vorschläge zur Hebung der Arbeitslust. Sie sind psychologisch und sozial fein durchdacht, lassen einen starken und hoffnungsfreudigen Idealismus erkennen, vernachlässigen aber die Wirkung parteipolitischer Grundsätze.

Tesdorpf (269). Diese Schrift über die Krankheit Wilhelms II. wird nicht einen jeden davon überzeugen, daß der Kaiser geisteskrank gewesen ist. Dazu gehört denn doch eine andere Beweisführung. Das nationale Empfinden des Verf. soll nicht verkannt werden, aber eine etwas geringere Hervorhebung der eigenen Persönlichkeit würde angenehmer berühren. Als Psychiater kann man ihn nach dieser Leistung nicht anerkennen.

Többens (273) Schrift ist aus Vorträgen entstanden, die er für Justizbeamte, Kreis- und Gerichtsärzte, Rechtsanwälte und Strafanstaltsbeamte im Auftrage



des Ministeriums des Innern gehalten hat. Er gibt einen eingehenden Überblick über die Kriegsschäden unter besonderer Hervorhebung der Hysterie. Auch alle zivil- und strafrechtlichen Folgen und die für das Rentenverfahren wichtigen Fragen werden besprochen.

Weiser (277) hat sich mit seinem Buch über die medizinische Kinematographie ohne Frage ein großes Verdienst erworben. Zum ersten Male ist alles für die Anwendung des Lichtspieles in der Medizin Wichtige und Notwendige zusammengefaßt, auf Grund eigener Erfahrungen werden weiterhin viele Anweisungen gegeben, so daß man erwarten darf, daß dies Buch recht fruchtbringend wirken wird. Namentlich die Psychiatrie und Neurologie wird die Anwendung der Kinematographie für die Dauer kaum entbehren können.

Winter (279) bespricht die Frage der künstlichen Sterilisierung der Frau bei den depressiven Zuständen der Psychopathen, bei der Dementia praecox, der Hysterie, Epilepsie, der Chorea gravidarum, den Erschöpfungszuständen und organischen Krankheiten. Er nimmt denselben vorsichtigen Standpunkt ein, wie er allgemein gültig geworden ist.

Ziehen (281) führt einige von ihm erprobte Abänderungen der üblichen Intelligenzprüfung an, und zwar für die Prüfung des Gedächtnisses, der Differenzierungsfunktionen, der Assoziations- und Kombinationsfähigkeit und der Aufmerksamkeit. Sie müssen im Original nachgelesen werden.

---

4. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Amrein* (Arosa), Tuberkulose und Psyche. Schweizer Korr.-Bl. Nr. 35.
2. *Andersen*, *Hans August*, Über Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
3. *Andree*, *Waldemar*, Über die inneren Beziehungen zwischen Paralysis agitans und den bei ihr vorkommenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
4. *Austregésilo*, *A.*, Les cataphrénies. Revue neurol. vol. 26, p. 288.
5. *Babonneix*, *L.* et *Brissot*, *M.*, Un cas d'onirisme avec troubles cenesthétiques et délire de persécution. Revue neurol. vol. 26, p. 30.
6. *Barbé*, *A.*, Les étapes mentales des commotionnés. Revue neurol. vol. 26, p. 441.
7. *Becker*, *Werner H.* (Herborn), Die Wirkung des Krieges auf unsere Geisteskranken. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 61, S. 1.
8. *Behr*, *Albert* (Stackeln), Über die Form der Psychose bei der Landbevölkerung in Livland während der Jahre 1903—1917. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 635.

8a. *Belschradsky*, *H.*, Über Geistesstörungen nach Influenza. Revue neuropsychopathol. (Böhmisch.) 16, S. 153.



9. *Berendts*, *Alfred Hendricus*, Über das zeitliche Auftreten der psychischen Symptome bei der Chorea chronica progressiva. Inaug.-Diss. Kiel.

10. *Bertheau*, *Paul*, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

11. *Bertschinger*, *Hans* (Breitenau-Schaffhausen) und *Maier*, *Hans W.* (Zürich-Burghölzli), Zur Frage der Auslösung von Schizophrenien durch Kopfverletzungen und deren Begutachtungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, S. 327. (S. 89*.)

12. *Berze*, *Josef* (Klosterneuburg), Die Schizophrenie im Lichte der Assoziations- und in dem der Aktions-Psychologie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 123.

13. *Binswanger*, *L.* (Kreuzlingen), Über Kommotionspsychose und Verwandtes. Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Rascher & Cie., Zürich. 315 S. Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 21, S. 80.

14. *Birnbaum*, *Karl* (Berlin-Buch), Der Aufbau der Psychosen. Ein klinischer Versuch. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 454.

15. *Derselbe*, Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Sammelbericht. Siebente Zusammenstellung, für das Jahr 1917. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, S. 1.

16. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Ein Fall von Toxikomanie (Féré). Beitrag zur Kenntnis der Dipsomaniegenese. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd 25. S. 287. (S. 95*.)

17. Dasselbe, Med. Weekbl. Bd. 26, S. 97.

18. *Derselbe*, Traumzustand nach einem Erhängungsversuch. Med. Weekbl. Bd. 25, S. 783.

19. *Bonhoeffer*, *Karl* (Berlin), Zur Frage der Schreckpsychosen. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 143. (S. 95*.)

20. *Brodniewicz*, *Kasimir* (Rostock), Über psychische Störungen bei Tabes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 701.

21. *Buscaino* e *Coppolo*, Disturbi mentali in tempo di guerra. Riv. di Path. nerv. e ment. XXI, H. 1.

22. *Carver*, *Alfred*, und *A. Dinsley*, Some biological effects due to high explosives. Brain 41, p. 112.

23. *Charpentier*, *René*, L'onirisme hallucinatoire. Revue neurol. vol. 26 p. 755.

24. *Christoffel*, *H.* (Zürich), Depression im Zusammenhang mit nervöser Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, S. 261. (S. 86*.)

25. *Colla*, *Ernst* (Bethel-Bielefeld), Beobachtungen über den Einfluß des Krieges auf Geisteskranke. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 303.

26. *Comberg*, *Hugo*, Katatonie und Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel.



27. *del Valle y Aldabalde, B.*, Notas clinicas de Neurologia y Psiquiatria. Riv. de Medicina y Cirurgia practicas 75, p. 361.
28. *Démètre, Paulian*, Les complications nerveuses du typhus exanthèmatique. La Presse méd. no. 54.
29. *Demole, V.*, De la symptomatologie des psychoses post-grippales. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 39.
30. *Densow* (Jena), Über Poriomanie. Sitzungsber. v. 12. III. 19. Deutsche med. Wschr. 45, S. 647.
31. Dasselbe, Münch. med. Wschr. 66 S. 669.
32. *Dopheide, Emil*, Zur Lehre der nichtparalytischen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Kiel.
33. *Ebbell, B.* (Sandnes-Stavanger, Norwegen). Dementia praecox. Psych.-neurol. Wschr. 34, S. 225 u. 243. (S. 89*.)
34. *Engelhardt, Karl Erich*, Über psysisch-nervöse Erkrankungen im Kriege. Inaug.-Diss. Marburg.
35. *Ewald, Gottfried* (Rostock), Paranoia und manisch-depressives Irresein. (S. auch Berichtigung in Bd. 51, S. 266.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 270 f.
36. *Derselbe*, Untersuchungen über fermentative Vorgänge im Verlaufe der endogenen Verblödungsprozesse vermittels des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens, und über die differentialdiagnostische und forensische Verwertbarkeit der Methode in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 248.
37. *Derselbe*, Über endogene Verblödungen. Serologischer Teil. Vortrag auf der 16. Tagung der nordwestdeutschen Psychiater u. Neurologen in Rostock-Gehlsheim d. 27. VII. 18. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 17, S. 267.
38. *Fabinyi, R.*, Psychische Erkrankungen bei spanischer Grippe. Orvosi Hetilap Nr. 8.
39. *Derselbe*, Kombination von Epilepsie und Paranoia Budapesti orvosi ujság. 1918, Nr. 6.
40. *Fankhauser, E.* (Bern-Waldau), Über Wesen und Bedeutung der Affektivität. Eine Parallele zwischen Affektivität und Licht- und Farbenempfindung (H. 19 der Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurol. u. Psych.). Berlin, Julius Springer. 79 S.
41. *Fischer-Benzon, Franz von*, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 16 S.
42. *Förster, Eugen* (Bonn), Über Mekonal-Wirkung bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. 1919/20, S. 90. (S. 97*.)
43. *Forster, E.* (Berlin), Die psychischen Störungen bei Hirnverletzten. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. 74, S. 553.
44. *Derselbe* (Berlin), Zur Frage der sog. Affektverblödung. Neurol. Ztlbl. 38, S. 762.



Derselbe, Über die „primäre und sekundäre Wirkung des psychischen Traumas" im Sinne *Liepmanns*. Neurol. Ztlbl. 38, S. 395.

Fränkel, *Fritz*, Über psychopathische Konstitution bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Berlin.

Fraenkel, *L.* (Breslau), Der Genitalbefund bei Dementia praecox nebst physiologischen Betrachtungen über den Infantilismus genitalium. Mschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 50, H. 1.

. *Frank*, *L.* (Zürich), Über Affektstörungen bei Kindern. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 19.

. *Friedländer*, *Erich* (Lemgo), Die Beurteilung schizophrener Erkrankungen auf Grund der Kriegserfahrungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, S. 301. (S. 90*.)

. *Frigerio*, *A.* (Rom), Psicosi polineuritica di *Korsakow* da gravidanza. Riv. di pat. nerv. e ment. 22, fasc. 10.

. *Galant*, *S.* (Bern-Belp), Algolagnische Träume. Arch. f Psych. Bd. 61, S. 421.

2. *Derselbe*, Die Neologismen der Geisteskranken. Eine psycho-pathologische Forschung. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 12.

3. *Gehrig*, *Johannes*, Beitrag zur Dienstbeschädigungsfrage bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Berlin.

4. *Geill* (Viborg), Nirvanol. Psych.-neurol. Wschr. 1919/20, S. 75. (S. 97*.)

5. *Gerson*, *Adolf* (Filehne), Faust ein Manisch-Depressiver. Moderne Med. Nr. 6.

6. *Graves*, Response to Calcium in maniacal states. British med. journ., April.

7. *Greco*, *Francesco del* (Aquila), Superstizioni e follia. Note di psicologia medico-soziale e di critica. La teoria di *Eugenio Tanzi* sulla mentalità dei paranoici, motivo della presente ricerca. Analisi psicologiche della superstizione. Le due forme di conoscenza: obiettiva e mistica. Il Manicomio. Ann. 23/33, no. 2/3, p. 138.

8. *Groß*, *Alfred*, Über akute Psychosen nach chronischem Mißbrauch von Veronal und Chloralhydrat. Inaug.-Diss. Breslau.

9. *Grünthal*, *Max*, Über Schizophrenie im Kindesalter. Inaug.-Diss. Berlin. (S. 90*.)

60. Dasselbe, Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 206.

61. *Härlin*, *Otto*, Über das Auftreten von Psychosen nach Grippe. Inaug.-Diss. Kiel.

62. *Hahn*, *R.* (Frankfurt a. M.), Zur Psychologie des *Ganser*schen Symptoms. Vortrag, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. 5. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 448.

63. *Hegar*, *August* (Wiesloch i. Br.), Eine Tierillusion als Grundlage einer isolierten fixen Idee. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 340.

64. *Heidema*, *S. P.* (Amsterdam), Blutzuckerbestimmungen bei psychi-



atrischen und neurologischen Patienten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, S. 111. (S. 97*.)

65. *Heller*, *Theodor*, Psychasthenische Anfälle. Ztschr. f. Kinderheilk. 19, H. 1—2.

66. *Hellpach*, *Willy* (Karlsruhe), Über Amphitymie (Zwiemut). Vortrag. 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. 5. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 446.

67. *Henneberg*, *R.* (Berlin), Mediumistische Psychosen. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Jahrg. 66, S. 1153. (S. 97*.)

68. Dasselbe, Berl. klin. Wschr. S. 873.

69. *Hermann*, *E.*, Beitrag zur Kenntnis der Mimik der Schizophrenen. Abhandlungen der Krakauer Akademie. 58.

70. *Hernscher*, *Josef*, Melancholia senilis. Inaug.-Diss. Kiel. 34 S. (S. 86*.)

71. *Hitzenberger*, *Karl* (Wien), Psychosen nach Grippe. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 267. (S. 97*.)

72. *Hoffmann*, *Erwin*, Prognose und Heilung der Dementia praecox mit Berücksichtigung der Spätheilung. Inaug.-Diss. Leipzig.

73. *Hoffmann*, *Hermann* (Tübingen), Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung endogener Psychosen seit dem Jahre 1900, unter Berücksichtigung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 17, S. 192, 274.

74. *Derselbe*, Geschlechtsbegrenzte Vererbung und manisch-depressives Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 336. (S. 86*.)

75. *Holst*, *W. van* (Rostock-Gehlsheim), Zur Kenntnis paranoider Symptomenkomplexe bei Epilepsie (epileptische Halluzinose). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 373.

76. *Horstmann*, *W.* (Stralsund), Religiosität und Wahn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 218.

77. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Über die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer. I. Teil. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 783. (S. 87*.)

78. *Jakob*, *A.* (Hamburg), Über einen besonderen Fall von Kommotionspsychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, S. 30. (S. 98*.)

79. *Jelgersma*, *G.*, Weiterer Beitrag zur Funktion des Kleinhirns. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, S. 12.

80. *Jessen*, *Joh. Friedrich*, Über die im Gefolge von Tabes dorsalis auftretenden nicht paralytischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

81. *Kaestner*, *Georg*, Über Psychose und Schwangerschaft unter Berücksichtigung der einschlägigen Fälle aus der Erlanger Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Erlangen.

82. *Kafka*, *V.* (Hamburg-Friedrichsberg), Blutforschung und Jugendirresein. Sitzungsber., Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, Nr. 254. (S. 91*.)



. *Derselbe*, Blutforschung und Jugendirresein. Psych.-Neurol. Wschr. 1919/20, S. 49.

. *Kleinschmidt*, *Erich* (Mühlhausen, Thür.), Über Zwangsvorstellungen nebst Mitteilung von drei Fällen. Inaug.-Diss. Kiel.

. *Kleist*, *Karl* (Rostock-Gehlsheim), Schreckpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 432.

. *Derselbe* (Rostock-Erlangen), Psychische und nervöse Störungen bei Influenza. (Vorläufige Mitteilung.) Neurol. Ztlbl. 38, S. 50.

. *Kleist*, *Walter*, *Ewald* u. *Krause*, Berichte über endogene Verblödungen. (16. Tagung des V. nordwestd. Psych. u. Neurol., Rostock-Gehlsheim, 27. VII. 1918.) Eigenbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 17, S. 263.

3. *Klockenbrinck*, *Georg*, Ein Beitrag zur Lehre der Psychosen nach Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose nach Phlegmone. Inaug.-Diss. Kiel.

9. *Körtke*, *Heinrich* (Hamburg), Ein Dilemma in der Dementia praecox-Frage. Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, S. 354. (S. auch *Kretschmer*, *E.*) (Tübingen), Bemerkungen zu dieser Arb. S. 370.) (S. 91*.)

0. *Kopp*, *Joachim*, Zur Symptomatologie der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

1. *Kraepelin*, *E.* (München), Paranoide Erkrankungen und Dementia praecox. (Krankenvorstellungen.) Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 18, S. 420.

92. *Krause*, *E.* (Berlin), Über endogene Verblödungen. Kriegsärztl. Teil. Vortrag, 16. Tagung des V. nordwestd. Psych. u. Neurol., Rostock-Gehlsheim, 27. VII. 1918. Bericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 17, S. 266.

93. *Kretschmer*, *Ernst* (Tübingen), Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 45, S. 272.

94. *Krueger*, *Hermann* (Breslau), Über die Genese und klinische Bewertung der Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen in ihrem Verhältnis zu einander. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, S. 45.

94 a. *Krueger*, *Hermann* (Breslau), Über „konstitutionelle Affektübererregbarkeit" und Affektdämmerzustände. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 44, S. 281. (S. 98*.)

95. *Ladame*, *Ch.*, La Grippe et ses complications mentales. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 28 u. 29.

96. *Derselbe*, Psychose aiguë idiopathique ou foudroyante. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 1. (S. 99*.)



97. *Lafora*, *Gonzalo R.*, Nuevo trattamiento causal de la demenzia precoz y concepcion de su patogenia. El Siglo med. p. 32.
98. *Derselbe*, Patogenia del suicidio en la demenzia precoz. El Siglo med. 1917, p. 12.
99. *Laignel-Lavastine*, La réaptitude psychique à la guerre des malades et blessés de l'encéphale. Presse méd. no. 5.
100. *Lamprecht*, *Gustav*, Zur Symptomatologie der Katatonie in Schüben. Inaug.-Diss. Kiel. 31 S.
101. *Lewin*, *James* (Berlin), Die Psychopathiën. Ein Beitrag zu ihrer Charakteristik und Einteilung. Mtschr. f. Physiol. u. Neurol. Bd. 21. S. 312.
102. *Liebers*, *M.* (Dösen-Leipzig), Über nichtalkoholischen Eifersuchtswahn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, S. 109. (S. 91*.)
103. *Loewy* (Prag), Körperliches Mißempfinden bei Manisch-Depressiven. Vortragsbericht, Prag, v. 10. I. 1919. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 45, S. 200.
104. *Lüth*, *John*, Über Chorea minor mit Psychose. Inaug.-Diss. Kiel.
105. *Martin* (Elberfeld), Ein Fall von Wochenbettpsychose. Sitzungsber. v. 24. VI. 19. Med. Klin. S. 1072.
106. *Massarotti*, *Vito* (Roma), Stato delirante simulante la demenza precoce paranoide in un psicastenico originario. Il manicomio, ann. 34, p. 250.
107. *Mathwig*, *Karl* (Runau), Zwei Fälle von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit. Inaug.-Diss. Kiel.
108. *Mayer*, *K. E.* (Ulm-Tübingen), Mißbrauch der Hypnose zur Vortäuschung geistiger Störungen. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 45. S. 269.
109. *Derselbe*, Elektro-suggestive Behandlung hysterischer Stupor- und Dämmerzustände. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, S. 379.
110. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Über induzierten religiösen Wahn und eine Hexenglaubenepidemie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 351.
111. *Mercklin*, *A.* (Treptow a. d. Rega), Über das Mißtrauen und den sog. Verfolgungswahn der Schwerhörigen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 410.
112. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Einwirkung äußerer Ereignisse auf psychogene Dämmerzustände. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 465. (S. 99*.)
113. *Meyer*, *Hermann*, Über manische Erregungszustände im Greisenalter. Inaug.-Diss. Kiel. 30 S.
114. *Minssen*, *Ernst*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten. Psychose und Scharlach. Inaug.-Diss. Kiel.
115. *Mönkemöller*, *Otto* (Langenhagen), Die Simulation psychischer Krank-

heitszustände in militärforensischer Beziehung. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 604.
116. *Monakow, C. von* (Zürich), Biologie und Psychiatrie. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1—2.
117. *Monakow, C. von* (Zürich) et *Kitabayashi*, Schizophrénie et Plexus chorioidei. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 2.
118. *Niemann, Hermann*, Beitrag zur Symptomatologie der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel. 33 S.
119. *Obersteiner, H.*, Ermordung des eigenen Stiefsohnes im Delirium nach Influenza. Arch. f. Kriminol. Bd. 71, S. 290.
120. *Oehring* (Leipzig-Dösen), Geisteskrankheit bei Militärpersonen im Mannesalter. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 281.
121. *Offer, Theodor*, Zur Symptomatologie der traumatischen Geistesstörung. Inaug.-Diss. Kiel. 33 S.
122. *Oswald, Adolf*, Über Presbyophrenie. Inaug.-Diss. Kiel. 15 S.
123. *Paeßler, Walter*, Erkrankungen des Nervensystems bei Grippe, mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Inaug.-Diss. Tübingen.
124. *Papst* (Eglfing), Dementia praecox und Krieg. Psych.-neurol. Wschr. 1918/19, S. 323. (S. 91*.)
125. *Pellacani*, Ricerche sulla reazione dell' anafilassi in relazione alle ipotesi tossiche della epilessia e demenza precoce. Rivista di Freniatria 41, p. 415.
126. *Pfersdorff* (Straßburg-Tübingen), Über paranoide Erkrankungen im Felde. Sitzungsber., Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 60, S. 345.
127. *Pierson, Hannah*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und hysterischen Dämmerzuständen. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr.
128. *Pilcz, A.* (Wien), Einige Ergebnisse eines Vergleichs zwischen einem psychiatrischen Material der Friedens- und Kriegsverhältnisse, I. u. II. Teil. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, S. 227, 371.
129. *Derselbe*, Über Geistesstörungen bei Kriegsgefangenen. Psych.-Neurol. Wschr. 1918/19, S. 309.
130. *Derselbe*, Nervös-psychische Störungen nach Typhus- bzw. Choleraschutzimpfung. Wiener med. Wschr. Jahrg. 69, S. 1698.
131. *Derselbe*, Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. 1919/20, S. 157, 179.
132. *Derselbe*, Alte Paranoia. Erhaltene Berufsfähigkeit. Verbrechen aus wahnhaften Motiven. Dissimulation. Verurteilung. Erkennung der psychischen Störung während der Strafhaft. Wiener med. Wschr. Jahrg. 69, S. 2285.
133. *Derselbe*, Über absichtlich hervorgerufene Geistesstörungen. Wiener med. Wschr. Jahrg. 69, S. 233.
134. *Plüer, Heinrich*, Über psychische Störungen bei Influenzapneumonien. Inaug.-Diss. Kiel.

135. *Polik*, *Franz*, Beitrag zur Kenntnis der chronischen Geistesstörungen bei multipler Sklerose. Inaug.-Diss. Berlin.
136. *Popper*, *Erwin* (Prag), Psychiatrisches Konstatierungsproblem. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jg. 45, S. 200.
137. *Derselbe*, Psychose nach Verbrennung. Vortragsbericht vom 21. 2. 19. Prag. Deutsche med. Wschr. Jg. 45, S. 480.
138. *Derselbe*, Zur Differentialdiagnose schizophrener und hysterischer Zustandsbilder. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 362. (S. 92*.)
139. *Rad*, *v.* (Heidelberg), Über psychische Störungen nach Influenza. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Jg. 66, S. 887.
140. *Raecke*, *J.* (Frankfurt a. M.), Über Aggravation und Simulation geistiger Störung. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 60, S. 521.
141. *Derselbe*, Über krankhaften Wandertrieb und seine Beziehungen zur unerlaubten Entfernung. Feldärztliche Beobachtungen. Vjschr. f. gerichtl. Med. 1919. S. 253. (S. 99*.)
151. *Rähni*, *L.* (Zürich), Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen. Psych.-neurol. Wschr. 1918/19, S. 283, 295.
152. *Raimann*, *Emil* (Wien), Die hysterischen Geistesstörungen. Verlag von Franz Deuticke, Leipzig u. Wien.
153. *Ratzeburg*, *Hans* (Wismar), Über Depressionszustände und ihre Behandlung durch den praktischen Arzt. München, Verlag der Ärztl. Rundschau. 23 S.
154. *Derselbe*, Opium bei Depressionszuständen. Deutsche med. Presse Nr. 9.
155. *Rehm*, *O.* (Bremen-Ellen), Über Körpergewicht und Menstruation bei akuten und chronischen Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 385.
156. *Derselbe*, Fall H. und Fall Sch. (Zugleich ein Beitrag zur Frage des persistierenden bzw. Residualwahns.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, S. 270. (S. 99*.)
157. *Derselbe*, Das manisch-melancholische Irresein (manisch-depressive Irresein *Kraepelin*). Eine monographische Studie. Berlin, Jul. Springer. 136 S. (S. 88*.)
158. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Psychisch vermittelte Einwirkungen als Ursachen psychischer Krankheiten. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Jg. 66, S. 308.
159. *Derselbe*, Psychisch vermittelte Einwirkungen als Ursachen psychischer Erkrankungen. Sitzungsber., Neurol. Ztlbl. Bd. 38, S. 111.
160. *Derselbe*, Psychisch vermittelte Einwirkungen als Ursachen psychischer Erkrankungen. Deutsche med. Wschr. Jg. 45, S. 561.
161. *Rein*, *Oskar*, Beitrag zu den „Kriegspsychosen" der Zivilbevölkerung und zur Psychologie des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 329.
162. *Reinhold*, *Friedrich*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.



. *Repond, A.* (Valain), Névroses et psychoses chez les internés de guerre en Suisse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 45.

. *Röper, Wilhelm*, Beitrag zur Simulation und Aggravation der akuten Situationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

. *Röttger, Heinrich*, Über Chorea und Choreapsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

. *Rosenberg, Lilly Gertrud*, Über schwere, bei Grippekranken beobachtete zerebrale Erscheinungen. Inaug.-Diss. Leipzig.

. *Roßbach, J. R.* (München), Frühsenile Demenz als Unfallfolge. Gutachten. Med. Klin. S. 215.

. *Rother, Karl*, Zur Lehre von der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel. 27 S.

. *Ruben, Walter* (Rostock-Gehlsheim), Psychogene Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 393.

. *Sack, Friedrich*, Beitrag zur Lehre von den Generationspsychosen des Weibes. Inaug.-Diss. Kiel. 32 S.

. *Schade, H. J. M.*, Geisteskrankheiten infolge spanischer Grippe. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 63 (I), 2029.

2. *Schapper, Johanna*, Beitrag zur Lehre der Psychosen bei fieberhaften Erkrankungen. Psychose nach Diphtherie. Psychose bei Pyämie nach Drüsentuberkulose. Inaug.-Diss. Kiel.

3. *Schlesinger, Alfred*, Des délires infectieux au cours de la grippe. Revue médicale de la Suisse romaine no. 4.

4. *Schlosser, G.*, Seelenstörung und Revolution. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 20.

5. *Schneider, Erich* (Frankfurt a. M.), Zur Frage der Blutgerinnungszeit bei der Dementia praecox. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, S. 55. (S. 99*.)

6. *Schneider, Ernst*, Zur Symptomatologie der Paranoia auf alkoholischer Basis. Inaug.-Diss. Kiel.

7. *Schneider, Kurt* (Köln), Über reaktive Manie und Angstmanie. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 176. (S. 88*.)

8. *Derselbe*, Reaktion und Auslösung bei der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 49. (S. 92*.)

79. *Derselbe*, Verse eines Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, S. 391. (S. 93*.)

30. *Schondermark, Anna* (Woensel), Eigenartige Mitbewegungen des Unterkiefers bei Dementia paranoides. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 22. November.

81. *Schröder, Paul* (Greifswald), Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Stuttgart, Verlag von F. Enke. (S. 99*.)

82. *Schröder, Paul* (Greifswald), Über periodische Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 529.

83. *Schüller, A.*, Über nervöse und psychische Störungen im Kindesalter. Wiener med. Wschr. Jg. 69, S. 233.

184. *Schultz, J. H.* (Jena), Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie). Ein Grundriß für Fach- und Allgemeinpraxis. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 348 S. (S. 99*.)

185. *Schwab, Friedrich*, Selbstschilderung eines Falles von schizophrener Psychose. Inaug.-Diss. Jena.

186. *Schwechten*, Assoziationsversuch zur Komplexforschung bei paranoider Demenz. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 3, S. 442.

187. *Seelert, Hans* (Berlin-Charité), Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen. Berlin, S. Karger. 88 S. (Abhdl. a. d. Neurol., Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. 6. Beiheft zur Mtschr. f. Psych. u. Neurol.) (S. 99*.)

188. *Serko, Alfred* (Graz), Über akute paraphrene Angstpsychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, S. 98. (S. 101*.)

189. *Derselbe*, Die Involutionsparaphrenie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 24, S. 245, 334.

190. *Derselbe*, Über Simulation von Geistesstörung. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. S. 213.

191. *Siber, Joseph* (Würzburg), Unfall und endogene Geisteskrankheit. Inaug.-Diss. Würzburg. 77 S. (S. 93*.)

192. *Sicking*, gen. *Bronstert, Anton* (Coesfeld), Zur Lehre von den Haftpsychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 20 S.

193. *Siebert, Harald* (Libau), Hysterische Dämmerzustände. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 60, S. 153.

194. *Derselbe*, Fieber und Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 214.

195. *Simon, K.* (Frankfurt a. M.), Der Einfluß des Krieges auf Entstehung und Verlauf von Depressionszuständen bei der Zivilbevölkerung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, S. 365. (S. 88*.)

196. *Stapfer, Friedrich*, Katatonie. Zusammenhang mit einem Betriebsunfall verneint. Mtschr. f. Unfallheilk. 1919, H. 9/10.

197. *Steinau-Steinrück, Joachim v.* (Konstanz), Zur Kenntnis der Psychosen des Schützengrabens. Inaug.-Diss. Tübingen. (S. 102*.)

198. Dasselbe, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, S. 327.

199. *Sterling, W.* (Czyste-Warschau), Über eine eigenartige Form des hysterischen Dämmerzustandes im Anschluß an das Stadium des Erwachens und über deren Beziehungen zur Lethargie und Narkolepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, S. 45.

200. *Stertz, Georg* (Breslau), Verschrobene Fanatiker. Berl. klin. Wschr. S. 586.

201. *Derselbe* (München), Psychiatrie und innere Sekretion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, S. 39.

202. *Stiefler, Georg* (Linz a. D.), Forensisch-Psychiatrisches aus dem Felde. Wiener med. Wschr. Jg. 69, S. 1416, 1475.



203. *Derselbe*, Über Geisteskrankheiten im Kriege. Wiener klin. Wschr. Jg. 32, S. 1223.

204. *Derselbe* (Innsbruck), Über Psychosen und Neurosen im Kriege. IV. u. V. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, S. 131, 448. (S. 102*.)

205. *Derselbe*, Über nervöse und psychische Störungen nach Granatexplosion. Feldärztl. Bl. der k. u. k. 2. Armee 1917, Nr. 22/23.

206. *Stocker*, *A.*, Sur un cas de manie aiguëe guéri par la thyreoidectomie. Revue neurol. vol. 26, p. 711.

207. *Stöcker*, *Wilhelm* (Breslau), Welcher Unterschied besteht zwischen einer Ideenflucht, depressiver Denkhemmung und schizophrener Störung des Denkens? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48 S. 316.

208. *Derselbe* (Berlin), Über Genese der Wahnideen, deren sekundäre Beeinflussung durch anderweitige psychische Faktoren, sowie einiges über die klinische Stellung der mit Wahnideen einhergehenden Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 94.

209. *Stolzenberg* (Göttingen), Einige Bemerkungen zur Dienstbeschädigungsfrage bei den wichtigsten Psychosen. Sitzungsber., Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 628.

210. *Storch*, *A.* (Tübingen), Beiträge zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung und Fahnenflucht im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, S. 348.

211. *Sträußler*, *Ernst*, Zur Frage der Simulation von Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, S. 205.

212. *Struck*, *Heinrich*, Beiträge zur Symptomatologie der Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.

213. *Strümpell*, *Adolf* (Leipzig), Über das Zeitbewußtsein und über eine eigentümliche Wahnbildung des Zeitbewußtseins bei schweren Typhuskranken. Neurol. Ztlbl. Jg. 38, S. 642.

214. *Stuurman*, *F. J.* (Sandpoort), Bydrage to de kennis der schizophrenie. Psych. en neurol. Bl. Nr. 1 u. 2. (S. 93*.)

215. *Tausk*, *V.*, Die Entstehung des „Beeinflussungsapparates" in der Schizophrenie. Intern. Ztschr. f. Psychoanalyse Bd. 5, H. 1.

216. *Teudeloff*, *Friedrich*, Über Chorea minor und ihre psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel.

217. *Thiel*, *Alfred*, Psychosen nach Grippe. Inaug.-Diss. Breslau.

218. *Thran*, *Ernst*, Die nervösen und psychischen Störungen bei Fleckfieber unter besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie. Inaug.-Diss. Königsberg.

219. *Torren*, *van der* (Hilversum), Ein Fall von manisch-depressiver Psychose (?) mit paranoiden Erscheinungen. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 63 (II), p. 10.



220. *Vogler*, *Hermann*, Beitrag zur Kenntnis des manisch-depressiven Irreseins. Inaug.-Diss. Kiel. 50 S. (S. 89*.)

221. *Voigt*, *Leonhard* (München), Über Dementia praecox im Kindesalter. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 28, S. 167. (S. 94*.)

222. *Walter*, *F. K.* (Rostock-Gehlsheim), Beiträge zur Histopathologie der endogenen Verblödungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, S. 112.

223. *Derselbe*, Über endogene Verblödungen. Pathol.-anat. Teil. Vortrag der 16. Versamml. nordwestd. Psychiater u. Neurologen in Rostock-Gehlsheim am 27. Juli 1918. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 17, S. 269.

224. *Wanke*, *Georg*, Über die im gewöhnlichen Leben wichtigste Geisteskrankheit: Jugendirresein (Dementia praecox — *Kraepelin*, Schizophrenie — *Bleuler*, Paraphrenie — *Freud*, Zwiesinn — *Bresler*) für Ärzte, Juristen und Erzieher. Halle a. S., C. Marhold.

224 a. *Wenger-Kunz*, *Martha* (Luxemburg), Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. Inaug.-Diss. Zürich. (S. 102*.)

225. *Wigert*, *Viktor* (Stockholm), Studien über den Zuckergehalt des Blutes bei Psychosen mit depressiven Affekten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 44, S. 179. (S. 102*.)

226. *Wilmanns*, *Karl* (Heidelberg), Über den Frühlingsgipfel der geistigen Erkrankungen. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jg. 45, S. 376.

227. *Wolfer*, *Leo* (Salzburg), Die Tuberkulogenese der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, S. 49. (S. 95*.)

228. *Zurlinden*, *Hans*, Über Spätheilungen katatoner Psychosen. Inaug.-Diss. Heidelberg.

Christoffel (24), der hier 3 Fälle von Depression beibringt, kommt zu dem Schluß: Die Tatsache einer Vermehrung reaktiver Depression im Kriege spricht dafür, daß in den körperlichen und psychischen Strapazen des Krieges eine wesentliche Ursache solcher Zustände zu suchen ist. Was die Rolle der Konstitution betrifft, so ist vielleicht zu schließen, daß, da der Krieg anscheinend die manisch-depressiven Erkrankungen nicht vermehrt hat, er auch nicht besonders geeignet ist, eine „depressive Veranlagung“ manifest werden zu lassen, sondern der konstitutionelle Boden, auf dem die reaktiven Depressionen erwachsen, kein einheitlicher ist.

Hernscher (70) gibt eine ausführliche Schilderung der Melancholie im Greisenalter nach Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf usw. mit fünf typischen Krankengeschichten aus der Kieler Klinik.

Hoffmanns (74) so interessante theoretische Darlegungen über die *Mendel*sche und *Lenz*sche Theorie müssen im Original nachgelesen werden. Der einfach-dominante Erbgang muß vorliegen, wenn kranke Eltern neben gesunden Söhnen auch gesunde Töchter zeugen, es kann aber nur die geschlechtsbegrenzte Ver-



erbung in Frage kommen, wenn die gesunden Kinder kranker Eltern ausschließlich männlichen Geschlechts sind. Sehr wahrscheinlich werden wir es mit einer dominant-geschlechtsbegrenzten Anomalie in dem Falle zu tun haben, wenn die Erkrankungsziffer der Frauen die der Männer weit übersteigt. Dies fand *Lenz* für Basedow. *Jolly* kam zu dem Ergebnis, daß einfache Dominanz beim manisch-depressiven Irresein nicht in Betracht käme; das deutliche Überwiegen des weiblichen Geschlechts weist auf einen geschlechtsabhängigen dominanten Typus hin, bei dem die weiblichen Heterozygoten der Individuen krank sein, die männlichen als gesund erscheinen würden. Das weibliche Geschlecht liefert den Hauptanteil der manisch-depressiven Erkrankungen. *Reiß* bestätigt dasselbe für die konstitutionellen Verstimmungen. Alle diese Beobachtungen weisen mit großer Wahrscheinlichkeit auf den dominant-geschlechtsbegrenzten Erbgang hin. *H.* ist aufgefallen, daß kranke Söhne vorwiegend ihre pathologische Anlage von der Mutter ererbt hatten, nur wenige Fälle folgten diesem Erbgang nicht.

H. gibt dann 3 Fälle mit direkter Vererbung vom Vater auf den Sohn. Dies läßt sich mit dominant-geschlechtsbegrenzter Vererbung nicht in Einklang finden. Es bestehen nur zwei Möglichkeiten. Entweder kommt ein dauernd-geschlechtsbegrenzter Erbgang für das manisch-depressive Irresein nicht in Frage. Dagegen spricht aber die größere Frequenz der Erkrankungen des weiblichen Geschlechts. Oder liegen, bei Annahme dominant-geschlechtsbegrenzter Vererbung, kompliziertere Verhältnisse zugrunde, als der theoretischen Fundierung von *Lenz* entspricht.

Hübner (77) will in dieser Studie gewisse symptomatologisch und ätiologisch zusammengehörende „abnorme Charaktere" kurz skizzieren und außerdem zeigen, daß es bizarre Persönlichkeiten gibt, die, lediglich als Zustandsbild betrachtet, manchem schweren Verblödungsprozesse zu gleichen scheinen. Erst ihre symptomatologische Zergliederung und die Verfolgung ihrer Lebensschicksale lehrt uns, daß keine progressive Verblödung vorliegt, sondern daß es sich um die Entwicklung einer manisch-depressiven Anlage handelt. Der hier vorliegende erste Teil seiner Ausführungen soll zeigen, daß das, was wir manisch-depressive Anlage nennen, sehr vielgestaltig ist, und daß infolgedessen die Menschen, welche diese Anlage besitzen, sehr verschieden aussehen. Außerdem weist *H.* hier darauf hin, daß eine ausgiebigere Familienforschung nötig ist. Aus dem hier beigebrachten reichen Material ergibt sich, daß beim manisch-depressiven Irresein nicht nur die Anlage zur Krankheit im allgemeinen vererbt wird, sondern daß man wenigstens bei einem Teil der Deszendenten auch spezielle Einzelheiten wiederfindet, welche dem klinischen Bilde der Aszendenten sein besonderes Gepräge verliehen hatte.

H., der über jahrelange Beobachtung und gute Anstaltskrankengeschichten verfügt, schildert hier die häufiger vorkommenden Typen, die konstitutionelle Erregung (die Selbstbewußt-Reizbaren, die rein Euphorischen, die Verschrobenen, Querulanten, die ethisch Degenerierten), die depressive Anlage (die einfache depressive Verstimmung, die Skrupulosität, Hemmungszustände, Kleinmut) und Mischzustände (die alternierenden Formen, Fälle mit überwiegend manischen Symptomen, die Paranoiden). Es folgt aus diesen Untersuchungen, daß die geschilderten Anlagevariationen und die ausgesprochenen Phasen des manisch-



depressiven Irreseins ätiologisch durchaus zusammengehören. „Jeder Versuch einer Trennung muß gerade bei Kenntnis der engen Beziehungen zwischen Anlage und ausgesprochener Psychose, namentlich bei Berücksichtigung der zahlreichen Übergänge als künstlich, als eine Vergewaltigung der klinischen Tatsachen angesehen werden. Notwendig ist dabei nur, daß wir das Manisch-Depressive nicht als eine Stimmungsanomalie allein ansehen, sondern als einen Komplex von Kindheitszeichen, in dem die Störungen des Denkens und Handelns eine ebenso große Rolle spielen als die Verstimmung.“ *H.* hat auch Stammbäume ermittelt, in denen bei einzelnen Generationen die Art der Vererbung schon an das *Mendel*sche Gesetz erinnert. Er fordert namentlich Ärztefamilien auf, in denen die manisch-depressive Anlage heimisch ist, sich mehr mit Familienforschung zu befassen. Chroniken und Familienpapiere alter Geschlechter dürften manches Wertvolle enthalten. *Hübners* Versuch beweist nur, wie wenig wir von allen diesen Problemen wissen und wie überall nur neue Zweifel und Fragen auftauchen, zu deren Lösung es uns an Material fehlt.

Rehm (157) schlägt vor, Melancholie und melancholische Zustände, die interkurrent bei andern Psychosen vorkommen, als Depression bzw. depressiv zu bezeichnen. Nachdem die Melancholie als eigenes Krankheitsbild aufgegeben ist, und man nur noch von einem manisch-depressiven Irresein redet — soll man die klassische Bezeichnung Melancholie für die depressiven Zustände des manisch-depressiven Irreseins wieder einführen, und deshalb von einem manisch-melancholischen Irresein reden.

Schneider (177) rät dringend, das affektive Verhalten als Hauptkriterium manischer Zustände festzuhalten, — man soll auch nicht zu schnell mit der Annahme endogener manischer und auch wohl depressiver Zustände bei der Hand sein. Er will hier kurz auf zwei verständliche Formen aufmerksam machen, die häufig für echte manische Zustandsbilder gehalten und wenig oder gar nicht beachtet werden. Erstens den Symptomenkomplex der reaktiven Manie. Der Arzt sieht sie selten, weil sie nur kurze Zeit dauern und man sie nicht für etwas Krankhaftes hält, z. B. die sich an gelöste endogene Depression anschließende leichte Manie. Diese reaktive Manie teilt mit der endogenen Manie in klinischem Sinne deren wesentliches Charakteristikum, die Heiterkeit. Dagegen hat die zweite Form, auf welche *Sch.* hier hinweisen will, mit der echten Manie nur nebensächliche Symptome gemeinsam, vor allem motorische Erregung, Bewegungsdrang, die auch Erscheinungen der Angst sind. Derartige Angst- oder Fluchtmanien erlebt man z. B. vor dem Examen, vor einer unangenehmen Auseinandersetzung, vor dem Abmarsch in die vordere Linie und dergl. Dahin gehört der Galgenhumor. Zwangskranke zeigen solche Zustände. Die Betreffenden wollen aus diesen Zuständen, die sie als etwas Unnatürliches fühlen, heraus, was man bei einer echten Manie niemals findet. Beiderlei Zustände können auch bei demselben Kranken vorkommen, auch bei einem Manisch-Depressiven.

Simon (195) verglich die 4 Jahre vor dem Kriege mit den 4 Kriegsjahren in bezug auf die Aufnahme von Depressionszuständen in die Frankfurter Klinik und kam zu dem Resultat, daß wider Erwarten keine Zunahme der melancholischen



rankungen während der Kriegszeit stattgefunden hat. *S.* glaubt, daß eine ze Reihe von psychischen Momenten vorliegt, welche die Entstehung von De- ssionszuständen zu verhindern imstande waren, wie das Miterleben der großen ignisse, der Opfersinn der Bevölkerung sowie die dauernde Anspannung im ufe — seelische Vorgänge, die jedes Interesse absorbieren und eigene Beschwerden len Hintergrund treten ließen.

Vogler (220) beschränkt sich darauf, nach kurzgefaßter Gegenüberstellung Ansichten von *Kraepelin* und *Stransky* über das manisch-depressive Irresein kasuistischen Beitrag 20 Krankengeschichten zu geben von Mischzuständen, sowohl in der Erregung wie auch im Verlauf von depressiven Phasen liegen.

b) Dementia praecox.

Bertschinger und *Maier* (11) bringen einen Fall als wesentlichen Beleg für e Auffassung, daß in der Unfallbegutachtung nach dem heutigen Stand unserer nntnisse, wenn auch relativ selten, bei Nachweis eines engen Zusammenhangs izophrene Erkrankungen als Folge von Kopfverletzungen angenommen werden issen. Eine vorher bestehende ganz latente Schizophrenie oder ein schizophrener arakter kann praktisch an der Annahme des kausalen Zusammenhangs nichts ıdern, solange der Betroffene vorher sozial im Leben gesund war.

Ebbell (33) geht von der Beobachtung aus, daß in der überwiegenden Mehrzahl r Fälle die Entwicklung der Dementia praecox beginnt in dem Alter, in dem e Involution der Thymusdrüse normal vor sich gehen soll. Es entsteht also die rage, ob die Thymusdrüse vielleicht schützend gegen Dem. praecox wirkt, solange e in voller Aktivität ist, und ob die Dem. praecox vielleicht darauf beruht, daß die ıysiologische Involution dieser Drüse aus irgendeiner Ursache zu weit gegangen t, so daß die Funktion der Drüse vollständig aufgehört hat, während unter nor- ıalen Verhältnissen ein Rest des Drüsenparenchyms das ganze Leben hindurch rhalten bleibt und sicher irgendeine Funktion auszuführen hat.

Entfernung der Thymusdrüse bei jungen Hunden ruft Apathie und fort- chreitende Abnahme der Intelligenz bis zur Idiotie hervor. *E.* vergleicht nun das Krankheitsbild bei den Hunden mit dem Zustandsbilde der Dem. praecox und geht die verschiedenen Symptome und pathologisch-anatomischen Änderungen lie nach experimenteller Thymektomie entstehen, durch und untersucht, ob die- selben auch bei Dem. praecox auftreten. Er zählt zunächst die Veränderungen bei den thymektomierten Tieren in geistiger und körperlicher Hinsicht auf, *Klose* und *Vogt* und *Hermann Alatti* folgend. Dann weist er aus der Literatur nach, daß man dieselben körperlichen Veränderungen, namentlich des Nervensystems, bei Dem. praecox wiederfindet. Die psychischen Störungen bei den thymektomierten Hunden sind den psychischen Alterationen bei Dem. praecox sehr ähnlich.

Die vollständige Entfernung der Drüse ruft jedenfalls bei Tieren verschiedene ernste Störungen hervor. Die Thymusdrüse ist also ein unentbehrliches Organ, das eine wichtige Funktion auszuüben hat. Entweder muß sie synthetische Stoffe liefern,



die für einige Organe nötig sind, oder sie muß gewisse Produkte des Stoffwechsels destruieren oder unschädlich machen, die sonst auf den Organismus toxisch wirken würden. Die letztere Annahme ist wahrscheinlicher, denn die pathologischen Veränderungen nach Thymektomie deuten auf eine Autointoxikation.

E. schließt, daß Dementia praecox auf einer primären Anomalie der Thymusdrüse beruhen muß. In der Mehrzahl der Fälle muß man an eine vererbte Disposition der Thymusdrüse denken, an eine Disposition zu einer zu weitgehenden Involution und Atrophie der Drüse. In andern Fällen spielen Infektionskrankheiten, Alkohol einen schädlichen Einfluß auf das Drüsenparenchym aus. Entsteht Dem. praecox bereits im Kindesalter, so liegt eine mangelhafte Entwicklung der Drüse vor. Organotherapie hat freilich bisher nennenswerte Erfolge nicht aufzuweisen.

Friedlaender (49) weist darauf hin, daß bei einer großen Anzahl der bei Kriegsteilnehmern beobachteten Geisteskrankheiten sich neben zahlreichen psychogenen und hysterischen auch ausgesprochen schizophrene Krankheitszüge finden, und daß es schwer ist, in diesen Fällen eine exakte Differentialdiagnose zwischen psychogener Reaktion und schizophrener Erkrankung zu halten. Diese Fälle werden am zwanglosesten als schizophrene Veranlagungen (Schizophrenia imminens *Alters*) erklärt, bei denen durch eine psychogene Reaktion ein erster meist episodisch verlaufender und wieder restlos abklingender Krankheitsschub ausgelöst wird. Auch die Erkrankungen, in denen die schizophrenen Symptome überwiegen und die zweifellos in das Gebiet der Schizophrenie hineingehören, lassen bei Kriegsteilnehmern selten einen psychogenen Einschlag verkennen und zeigen im Vergleich mit den meisten Friedensfällen besonders häufig einen günstigen, zu Remission oder zu völliger klinischer Wiederherstellung geneigten Verlauf.

In Anbetracht der engen Beziehungen zwischen psychogener Reaktion und schizophrener Veranlagung erscheint die Anschauung nicht mehr haltbar, daß die Schizophrenie von äußeren Anlässen völlig unbeeinflußt verlaufe.

Demnach muß auch die Frage der Dienstbeschädigung bejaht werden, wenn der Kranke bis zu seiner Einziehung voll erwerbsfähig war. — Nur ein während der Dienstzeit ausgelöster Krankheitsschub ist als Dienstbeschädigung anzuerkennen, alle weiteren nach der Entlassung aus dem Heeresdienst und nach einmal erfolgter Remission spontan neu auftretenden Krankheitsschübe oder Zustandsschwankungen können nicht mehr als durch die Einflüsse des Heeresdienstes ausgelöst angesehen werden.

Grünthal (59) berichtet über 11 Fälle von Dem. praecox aus dem 13. und 14. Lebensjahr. Er glaubt, daß die Lösung des Problems der Propfhebephrenie mit der Aufklärung über die eigentliche Ursache der Dem. praecox überhaupt zusammenfällt. Bis dahin sei es von Wert, festzustellen, wie oft Erkrankungen an Dem. praecox im Kindesalter überhaupt vorkommen, in wie vielen Fällen von Dem. praecox sich Frühsymptome finden und wie weit sie sich zurückverfolgen lassen, wie oft Dem. praecox auf dem Boden anderer organischer Gehirnkrankheiten entsteht, und wie häufig bei Idioten schubweise katatonieartige Erscheinungen auftreten bzw. Dem. praecox die Ursache des Defektes ist. Mit *Rittershaus* erwartet



er von einer Durchsicht der Idiotenanstalten unter diesem Gesichtspunkt viel Nutzen.

Kafka (82) berichtet über die Methoden und Ergebnisse der Blutforschung beim Jugendirresein mit besonderer Berücksichtigung der im Friedrichsberger Laboratorium ausgeführten Blutuntersuchungen. Mit der von ihm beschriebenen Methode will er in bezug auf die Blutgerinnungszeit zu sehr bemerkenswerten Resultaten gekommen sein. — Die Bedeutung der Hämatologie liegt darin, daß Reihenuntersuchungen bei ein- und demselben Fall uns einen feinen Indikator für die inneren Krankheitsvorgänge geben und prognostische Aufschlüsse gestatten. Abbau von Gehirn, Geschlechtsdrüse und Schilddrüse ist für das Jugendirresein charakteristisch, besonders für die frische Form. Dadurch wird das Jugendirresein vom manisch-depressiven Irresein, Hysterie und Psychopathie abgegrenzt. Bei letzteren läßt sich nur selten Abbau eines Organs nachweisen. Geschlechtsdrüse und Schilddrüse spielen bei der Entstehung des Jugendirreseins eine wesentliche Rolle. Das Blutserum der Schizophrenen zeichnet sich durch einen hohen antitryptischen Titer aus gegenüber dem manisch-depressiven Irresein, Neurose und Psychopathie. Die Bestimmung des Reststickstoffs im Serum verspricht interessante Ergebnisse für das Jugendirresein. Der Nachweis der Hormone ist eine nicht unwichtige Vermehrung unserer Untersuchungsmethodik. Die Versuche mit Beeinflussung des vegetativen Nervensystems durch die Sekrete und die Prüfung des vegetativen Nervensystems besonders nach medikamentöser Beeinflussung sind noch nicht abgeschlossen, aber sicher vielversprechend. „Die bisherigen Ergebnisse der Blutforschung lehren, daß die Annahme, das Jugendirresein basiere auf einer parenteralen Stoffwechselstörung, richtig sein dürfte: im Blute kreisen giftige Spaltprodukte, die verschiedenen Organen entstammen. Die fermentative Tätigkeit ist darauf eingestellt." Ob die Erkrankung des Gehirns dabei das Primäre, die Drüse mit inneren Sekreten das Sekundäre, oder umgekehrt, ist noch nicht ausgemacht.

Körtke (89) sieht die Hauptursache der Verwirrung in der psychiatrischen Systematik in der jetzt herrschenden unklaren, gemischtpsychologisch-somatischen Betrachtungsweise der Psychosen. Diese Betrachtungsweise muß aufgelöst werden in eine psychologische und eine somatische. Dieses führt zu einer Doppelsystematik, die aus psychischen und somatischen Reihen besteht. Das Paradigma dafür ist die Gegenüberstellung von Dementia praecox und Morbus dementiae praecocis. Die somatische Reihe untersteht der Frage: „Was ist richtig?" und bildet sich nach den Fortschritten der Forschung. Die psychische Reihe untersteht der Frage: „Wie wollen wir es nennen?" und ist zunächst Sache der Konvention. Für die praktische Psychiatrie besteht das Postulat nach feststehenden, allgemein gleich definierten Krankheitsbezeichnungen. Dieses Ziel ist nur auf dem Wege der Übereinkunft erreichbar.

Liebers (102) berichtet über Entstehung und Entwicklung eines Falles von Eifersuchtswahn auf nicht alkoholischer Basis und aus einer stark eifersüchtigen Charakterveranlagung heraus.

Papst (124) muß die Frage offen lassen, ob Dementia praecox im Kriege

häufiger aufgetreten ist als in Friedenszeiten. Sein Material hat bisher fraglos eine namhafte Erhöhung der Altersstufen nach oben ergeben. Auch die Tatsache, daß die Psychose bei so vielen der Erkrankten erst nach monatelangem Kriegsdienst zum Ausbruch kam, gibt der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Geisteskrankheiten und Kriegsdienst eine positivere Grundlage.

Popper (138) weist darauf hin, daß eine sehr große Zahl von scheinbar ganz eindeutig als Schizophrenien imponierenden Fällen sich schließlich doch als etwas wie funktionell-psychogen Entstandenes erweist. Er hat dabei hauptsächlich Kriegsmaterial im Auge, wo eine längere Beobachtung unmöglich ist. Er erwähnt zunächst Zustandsbilder von Puerilismus und Pseudodemenz, Fälle — wie er sagt — deren clownistisch-gaminhaftes Gehaben von schizophrener Bizarrerie und Manier oft schwer zu unterscheiden waren, deren läppisch-kindisches Getue eine Unterscheidung zwischen etwa primitiver Kindheitsimitation und sanfter hebephrener Blödigkeit keineswegs ohne weiteres gestattete, bei deren albernem Herumreden nicht leicht zwischen Inkohärenz oder pseudodementem, halb gewolltem Vorbeireden differenziert werden konnte. Weiterhin kamen Fälle in Betracht, deren stumpf-abweisende und ausweichende Art die Differentialdiagnose zwischen autistisch-negativistischen Zuständen und hysterischen Momenten, Verdrängungssymptomen und dergl. erfordert.

Für solche Fälle empfiehlt *P.* die Prüfung der Kranken auf die besondere Konzentrations- und Kombinationsfähigkeit bzw. auf die Gedächtnisleistung, wie sie im speziellen beim Rechnen, und zwar beim Multiplizieren größerer Zahlen im Kopfe, am besten bei Beispielen aus dem großen Einmaleins, in Betracht zu kommen scheint. — Auf die Details kann hier nicht näher eingegangen werden. Das Resultat besteht darin, daß der Hysteriker häufig in ganz grober Art bei speziell seine Konzentrationsfähigkeit in Anspruch nehmenden Rechenexempeln versagt, im Gegensatz zu den Schizophrenen, die auch in schwersten Fällen oft verblüffend gut rechnen.

Schneider (178) bezieht sich in vorliegendem Aufsatz auf *Jaspers* Aufsatz: Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 14) und erläutert an einer Reihe von Fällen Reaktionen auf mit dem Inhalt der Psychose in Zusammenhang stehende seelische Erlebnisse und Auslösung durch körperliche Affektionen als Ursache schizophrener Erkrankung. Jede Funktionsstörung des Organismus ist das Ergebnis mindestens zweier Faktoren. *Sch.* hält es für fruchtbar, die *Hering*sche Koeffizientenlehre auch in der Psychiatrie an Stelle der Ätiologie zu setzen, daß also z. B. bei der Puerperalpsychose das Puerperium der eine Koeffizient, ein zweiter die bestehende Disposition ist. Weiterhin kann man sagen: Bei den spontanen Psychosen (im Sinne *Jaspers*) kennen wir keinen Koeffizienten; bei ausgelösten Psychosen kennen wir einen mehr oder minder wichtigen, körperlichen oder seelischen Koeffizienten; bei reaktiven Psychosen ist dieser Koeffizient ein seelisches Erlebnis, und der Inhalt der Psychose ist kein zufälliger, sondern verständlich mit dem Erlebnis verbunden. Daraus folgt, daß kausal betrachtet zwischen ausgelösten und reaktiven Psychosen kein Unterschied besteht und bei

den reaktiven nur noch ein Plus der verständlichen Zusammenhänge dazu stand. *Sch.* zeigt dann hier, daß bei derselben Person verschiedene Schübe von Schizophrenie einmal durch körperliche Ursachen, das andere Mal durch psychische Erlebnisse ausgelöst werden können, daß aber auch für den Ausbruch der Schizophrenie beide Koeffizienten gleichzeitig maßgebend sein können.

Schneider (179) bringt hier die Krankengeschichte eines jungen Mädchens, das nur im Beginn seiner Erkrankung gedichtet hat, zu einer Zeit, da es noch nicht als krank erkannt worden war, sondern von seinen Verwandten als launisch und ungezogen behandelt wurde. Die Verse verraten bereits eine schmerzlich empfundene Gefühlsleere, Störung des Persönlichkeitsbewußtseins, der Einheit des Ichs, ein unheimliches Gefühl der Veränderung, das sich bis zum Bewußtsein des kommenden Irrsinns verdichtet; ein verzweifelter Kampf mit der die Persönlichkeit überflutenden Krankheit sind neben der Anklage gegen die immer fremder und feindseliger erscheinende Umgebung ihr Inhalt.

Sibers (191) Zusammenstellung von Gutachten beweist, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein nicht vorhanden ist. Es handelt sich in den betreffenden Fällen um ein zufälliges Zusammentreffen.

Stuurman (214) hat 234 gut observierte Fälle von Schizophrenie nach der neuen Einteilung *Kraepelins* (mit einigen kleinen Modifikationen) klassifiziert und auf verschiedene Weise statistisch bearbeitet, mit Berücksichtigung der Heredität auf Nerven- und Geisteskrankheiten und für Tuberkulose, der intellektuellen Anlage, der Charaktereigenschaften, des Alters beim Anfange der Krankheit, des Verlaufs der Krankheit mit Remissionen, periodischen Exaltationen usw.

Die Frequenz der Schizophrenie betrug 62 % der Anstaltsbevölkerung und 30% der Aufnahme; die Frequenz der verschiedenen Formen:

	frische Fälle	alte Fälle
einfache Form	0 %	1 %
hebephrene Form	8 %	17 %
stuporöse Form	12 %	14 %
depressive Form	15 %	13 %
depressiv-paranoide Form	13 %	21 %
paranoide Form	12 %	17 %
agitierte Form	19 %	7 %
periodische Form	2 %	1 %
zirkuläre Form	2 %	5 %
katatone Form	17 %	4 %.

Die Frequenz der bei den alten Fällen schon vorhandenen Demenzformen war:

einfacher Schwachsinn	11 %
hebephrener Schwachsinn	5 %
halluzinatorischer Schwachsinn	5 %
paranoider Schwachsinn	7 %
apathische Verblödung	23 %



faselige Verblödung .... 18 %
katatone Verblödung .... 14 %
negativistische Verblödung .... 5 %
manierierte Verblödung .... 12 %

Die meisten Endzustände kamen nach sehr verschiedenen Beginnformen vor; nur die halluzinatorische und die paranoide Demenz fand Verf. ausschließlich nach der depressiv-paranoiden und der paranoiden Schizophrenie; die negativistische Demenz hauptsächlich nach diesen Formen; die katatone Demenz hauptsächlich nach der stuporösen und der katatonen Schizophrenie, die hebephrene und die manierierte Demenz nach der hebephrenen Beginnform. Erbliche Belastung mit Nerven- und Geisteskrankheiten lag in 65 %, mit Tuberkulose in 20 % der Fälle vor.

Die intellektuelle Anlage zeigte sich in 16 % der Fälle unter der Norm; am häufigsten bei der stuporösen und der depressiven Schizophrenie.

Auffallende Charaktereigenschaften waren vor dem Anfange der Krankheit bei 35 % der Fälle konstatiert; die Form der Schizophrenie stimmte dann mit diesen überein.

Der Anfang der Krankheit fiel großenteils auf jugendliches Alter (2/3 der Fälle unter dem 30. Jahr). Die hebephrene und die stuporöse Schizophrenie traten im Durchschnitt am frühesten, die depressiv-paranoide und die paranoide Form am spätesten auf.

Ein halbes bis 10 Jahre dauernde Remissionen waren bei 10 % der alten Fälle im Verlauf der Krankheit observiert. Eigenbericht.

Voigt (221) bringt noch einen ausführlichen Literaturbericht 12 eingehender Krankengeschichten von Kindern unter 15 Jahren. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Es kommen unzweifelhafte Erkrankungen von Dementia praecox auch in der Kindheit vor, oft in den ersten Lebensjahren. Diese Erkrankungen umfassen klinische Formen verschiedenster Art. Sie zeigen jedoch entsprechend der Eigenart des kindlichen Geisteslebens Verschiedenheiten von den Erkrankungen Erwachsener, ohne daß sie klinisch davon zu trennen sind. Bei den Früherkrankungen von Jugendirresein nehmen die katatonen und einfach depressiven Formen einen bevorzugten Platz ein — eine Tatsache, die vielleicht sich aus der Empfindlichkeit des noch ungefestigten Willens und des kindlichen Gemütslebens erklären läßt, während wahnbildende Formen fast ganz zurücktreten. Die Endzustände solcher Erkrankungen, deren akute Erscheinungen dem Arzt oft nicht zu Gesicht kommen, können dem Bild einer Idiotie oder Imbezillität ähneln. Der Gedanke liegt daher nahe, daß ein gewisser Teil der kindlichen Schwachsinnszustände in Wahrheit abgelaufene Erkrankungen von Dementia praecox sind, die ihre Natur nur noch durch einzelne Zeichen (Manien, Stereotypien, Negativismus und Triebhandlungen, Befehlsautomatie) verraten.

Aus der Tatsache, daß Früherkrankungen von Dementia praecox vorkommen, ergeben sich Folgerungen für die Ätiologie dieser Krankheit. Insbesondere muß ein entscheidender Zusammenhang mit der Pubertät, gegen den auch die Spätformen des Leidens sprechen, abgelehnt werden. Vielfache Beobachtungen legen die An-



nahme nahe, daß es sich um eine vorwiegend ererbte Krankheit handelt. In die gleiche Richtung weist ferner die Tatsache, daß sich bei einem großen Prozentsatz der später an Dementia praecox erkrankenden Menschen bereits in der Jugend bestimmte Wesenseigentümlichkeiten oder mehr oder weniger stark ausgebildeten Schwachsinn nachweisen lassen. Derartige Beobachtungen lassen sich entweder als erste Anzeichen des später zur Ausbildung gelangenden Leidens oder als Überreste ganz früh abgelaufener Krankheitsschübe deuten.

Wolfer (227) konstatierte in 86,4 % seiner Praecox-Fälle Anisokorie der Pupille, — ähnlich wie bei Tuberkulose. In 20,9 % bestand erbliche Belastung mit Tuberkulose. In 45,1 % fanden sich verschiedene tuberkulöse Leiden. Er vermutet daher, daß wir es bei der Dementia praecox mit einer tuberkulogenen Schädigung zu tun haben, einer Metatuberkulose, d. h. im Blute kreist Tuberkelbazilleneiweiß. Dieses Eiweiß kann seine deletäre Wirkung nur dann entfalten, wenn eine Funktionsstörung des innersekretorischen Apparates bereits vorhanden ist, ebenfalls bedingt durch dasselbe Toxin. Wie bei Tuberkulose, ist auch bei D. praecox das Gesetz der gleichartigen Vererbung sicher nachgewiesen, beide Krankheiten sind nicht an eine Altersgrenze gebunden. — *W.* glaubt daher von einer Tuberkulosegenese der Dementia praecox sprechen zu dürfen. Bei den heilbaren Psychosen ist auch die Dysfunktion des innersekretorischen Apparates nur eine vorübergehende. Bei den unheilbaren Psychosen muß man an eine größere Giftigkeit der Toxine denken.

c) Sonstiges.

Bolten (16) stellt hier 2 Fälle von Dipsomanie gegenüber. In dem einen handelt es sich um einen an manisch-depressivem Irresein leidenden Mann, der zur Zeit seiner periodisch auftretenden Erregungszustände zwecks Betäubung zu Chloroform, Veronal, Opium usw. greift (Toxikomanie), im andern um einen degenerierten Psychopathen, der zeitweise aus äußeren Gründen verstimmt wird und dann trinkt. *B.* schließt daraus, 1. daß die Dipsomanie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nichts mit Epilepsie zu tun hat, und 2. daß die Genese der Dipsomanie in den verschiedenen Fällen sehr verschiedenartig ist; die Dipsomanie ist niemals ein Morbus sui generis, sondern immer ein Folgezustand, also eine sekundäre Erscheinung. Zuweilen trifft man als die primäre Erkrankung einen Zustand allgemeiner geistiger Degeneration mit allen ihren Kennzeichen. Bei diesen Fällen sind die Dysphorien sekundär, d. h. sie müssen als eine reaktives Moment aufgefaßt werden. Dagegen ist bei andern Kranken von dieser allgemeinen Psychopathie oder geistigen Entartung nichts zu bemerken; in dieser Kategorie ist ferner auch nicht die Rede von sekundären Verstimmungen, jedoch sind letztere primär oder besser gesagt autochthon, also nicht von äußeren, sondern von rein kongenital-endogenen Faktoren abhängig. Bei dieser Kategorie sind in vielen Fällen die Kennzeichen der leichtesten Form der manisch-depressiven Psychose unverkennbar. In andern seltenen Fällen sind vielleicht andere organische (Dementia paralytica) oder funktionelle Psychosen (Epilepsie, Neurasthenie, Hysterie) als Grundursache im Spiele.

Bonhoeffer (19) erinnert an seinen Ausspruch auf der Kriegstagung des




Deutschen Vereins für Psychiatrie im Jahre 1916, — daß man nach den damaligen Erfahrungen nicht berechtigt war, von einer eigentlichen Schreckpsychose zu sprechen. Von den 25 *Kleist*schen Krankengeschichten hätten mindestens 17 einen ausgesprochen hysterischen Charakter. *Kleist* lehnt die Wunschtheorie ab. Wie *Lewandowsky* meint er, daß der Typus der Schreckwirkung die hysterische Reaktion ist. Nach *Bonhoeffer* besteht die charakteristische Schreckwirkung in einem vasomotorischen Symptomenkomplex, den er früher näher bezeichnet hat. Um im Einzelfall zu sicheren Schlußfolgerungen über die psychischen Schreckfolgen zu gelangen, sind es vor allem 4 Punkte, die der Klärung bedürfen: die Kenntnis des Emotionshergangs selbst, die Beobachtung der ersten Folgeerscheinungen der Emotionswirkung, die Klarlegung des klinischen Charakters der psychischen Störung und die genaue Analyse der ursprünglichen Persönlichkeit des Kranken. An dieser Klärung fehlt es in den Krankenbeobachtungen *Kleists*. *B.*s weitere Erfahrungen bestätigen ihm die Wunschtheorie. *Bumke*s Bemerkung gegen die Wunschpathogenese der Hysterie, daß sich bei dem Heilungsvorgang der Kriegsneurotiker durch Hypnose häufig in eindeutiger Weise die Freude über die Befreiung von dem Zustande zu erkennen gebe, beweise nichts gegen die Pathogenese aus Wunschkomplexen. Den konstitutionellen Momenten kommt für die Entwicklung hysterischer Reaktionen nach Schreck eine wesentliche Bedeutung zu. *B.* gibt *Hauptmann* recht, wenn er sagt, daß es nicht richtig ist, die akuten psychomotorischen oder sensoriellen Reiz- oder Ausfallserscheinungen nach schwerer emotioneller Erregung als hysterisch zu bezeichnen, sie sind psychogen oder thymogen. Hysterisch werden sie erst, wenn die Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gearteten Willensrichtung fixiert werden. Diese Wil ensrichtung ist beim Hysteriker zumeist der Wille zur Krankheit oder wenigstens zur Darstellung der Krankheit. Dieser Hysteriebegriff hat den großen Vorzug, daß er das klinisch Zusammengehörige wirklich zusammenfaßt und das Hysterische nicht mit den akuten körperlichen Reaktionen, wie sie starkempfindende Naturen auf Emotion häufig zeigen, zusammenwirft. Dieser Wille zur Krankheit ist unter normalen Verhältnissen ausnahmslos der Ausdruck einer abnormen psychischen Konstitution. Letztere hat *B.* auch bei seinem Kriegsmaterial sehr häufig gefunden. Die Häufigkeit hysterischer Reaktionen bei normaler psychischer Konstitution kann *B.* nicht anerkennen. Auch bei den Kriegsneurotikern hat *B.* sehr häufig die psychopathische Konstitution gefunden. Zu erweisen, daß auch ohne psychopathische Antezedentien Schreckpsychosen sich entwickeln, ist das *Kleist*sche Material nicht zureichend.

Einige Krankengeschichten von *Kleist* sprechen dafür, daß durch Schreckemotion eine Neigung zu Bewußtseinsabspaltungen epileptoiden Charakters hervorgerufen wird. Hierfür bringt *B.* zum Schluß eine eigene Beobachtung bei. Es handelt sich um eine Person, die nach heftigem Schreck eine Serie von Dämmerzuständen zeigt, die nicht hysterischer Natur waren. Die Anamnese ergab eine gewisse Anlage zu Bewußtseinsstörungen. Epileptisch im gewöhnlichen Sinne war die Person nicht.

Nach *B.* sind direkte Schreckfolgen: 1. die bekannten Erscheinungen von



seiten der Psychomotilität und des Vasomotoriums, 2. der *Bälz*sche Schreckstupor, 3. die Neigung zur Abspaltung von Bewußtseinsvorgängen im Sinne von organischen Dämmerzuständen. Ob letztere immer eine zu Bewußtseinsstörungen disponierende konstitutionelle Anlage zur Voraussetzung hat, ist unsicher.

Förster (42) empfiehlt Mekonal als Sedativum oder Hypnotikum bei geistiger Erkrankung ohne Erregungszustände schwerer Art, bei einfacher Hypochondrie, leichten Manien und Melancholien. Bei schweren Erregungszuständen hilft es hohe Skopolamindosen zu vermeiden.

Geill (54) ist mit seinen Resultaten mit Nirvanol bei Geisteskranken recht zufrieden; meistens handelt es sich bei seinem Versuch um manisch-depressives Irresein, Dementia senilis, Dementia praecox im Erregungszustand. Keine üblen Nachwirkungen, keine Gewöhnung.

Heidema (64), der sich der *Ivar Bangs*-Methode für Blutzuckerbestimmungen bediente, fand bei Melancholie in mehr als der Hälfte der Fälle den Zuckergehalt im Blut erhöht, durchschnittlich bis 0,133 %, wie *Laudenheimer*, häufiger bei älteren Patienten. Nicht nur bei erregten und ängstlichen Kranken, sondern auch bei einfacher Hemmung. Mit Besserung der psychischen Erscheinung meistens eine Erniedrigung des Zuckergehalts. In 3 Fällen von Manie fand *H.* Hyperglykämie ohne Glykosurie. Bei Hysterie und Psychopathie durchweg normale Blutzuckerwerte. Unter 13 Dementia praecox-Kranken 10 mal erhöhter Zuckergehalt, der übrigens auffallende Schwankungen zeigte bei denselben Patienten; in 3 Fällen Glykosurie, die teils nicht mit Hyperglykämie zusammenfiel. *H.* hat auch bei nicht funktionellen Psychosen und sonstigen Nervenkrankheiten Versuche gemacht. Er kommt danach zu dem Schluß, daß bei psychiatrischen und neurologischen Patienten die Glykosurie, wenn diese auftritt, mit der Hyperglykämie zusammenhängt und vielleicht eine Folge derselben ist. *H.* glaubt aus seinen Resultaten bei Dem. praecox ableiten zu müssen, daß die Krankheit eine Folge von Hyperfunktion, nicht Hypofunktion der Gl. thyreoidea ist.

Henneberg (67) druckt einen seinerzeit in einer Berliner Zeitung erschienenen „Aufruf an die Gelehrten" einer bekannten Schriftstellerin ab, die im Anschluß an spiritistische Sitzungen geisteskrank wurde und in *H.*s Behandlung kam, um auf seine 1902 gemachten Erörterungen über die Beziehungen zwischen Spiritismus und psychischer Störung zurückzukommen. Beschäftigung mit Spiritismus ist meist nur eine Hilfsursache, selten das ätiologische Moment bei Entstehung der Psychose. Meistens handelt es sich dann lediglich nur um eine spiritistische Färbung der Wahnbildung. Die selteneren mediumistischen Psychosen entsprechen dem Krankheitsbegriff der Eknoia (*Ziehen*). — *H.* hält die Hingabe an den praktischen Spiritismus für gefährlich für disponierte Individuen, insonderheit dann, wenn infolge „medialer Veranlagung" das Psychographieren gelingt und mit Ausdauer betrieben wird oder Traumzustände sich leicht einstellen. — Die Ärzte sollten vor dem Spiritismus warnen.

Hitzenberger (71) verfügt über 55 Fälle von Geistesstörungen, die aus dem Jahre 1914 stammen und unleugbar in Zusammenhang mit der spanischen Grippe standen. Er teilt sie ein in 2 Gruppen: 1. in solche, die durch die Grippe unmittel-




bar hervorgerufen wurden, und 2. in solche, die der Infektionskrankheit nur bedurften, um aus ihrer Latenz geweckt zu werden. In die erste Gruppe verweist er die Fieberdelirien und die postfebrile Amentia, die Psychosen der zweiten Gruppe möchte er mit *Kirn* Pseudoinfluenzapsychosen nennen.

Die Fieberdelirien gleichen symptomatologisch vollkommen denen, die bei andern fieberhaften Erkrankungen vorkommen, und zwar den schweren Formen derselben. Für die postgrippalen Geistesstörungen verlangt *H.* außer den toxischen Produkten der Infektionskrankheit und der Erschöpfung bei hierzu Disponierten, weil beide Ursachen nicht ausreichen, noch eine dritte bisher unbekannte Ursache, — weil man sich sonst nicht erklären kann, daß bei den großen Grippeepidemien nur relativ wenige geisteskrank bzw. anstaltspflegebedürftig werden.

Fieberdelirien und Amentia sind die häufigsten Arten der Geistesstörung nach Grippe, so daß man sie als typisch bezeichnen kann; sehr viel seltener sind die latenten, durch die Grippe geweckten Psychosen, nach *Kirn* Pseudoinfluenzapsychosen, Melancholie, Manie, Dementia praecox, Hebephrenie u. Delirium tremens.

Einen Fall von Encephalitis lethargica (*Economo*) hat *H.* bei der letzten Grippeepidemie nicht beobachtet.

Jakob (78) zeigt an 3 Fällen von Kommotionspsychose, bei denen die klinischen Erscheinungen im wesentlichen als Ausdruck einer allgemeinen Hirnschwäche aufzufassen sind, daß wir es mit einer schweren diffusen Schädigung zu tun haben, welche die Gehirnsubstanz durch die Kommotion erlitten hat. *J.* hat durch frühere experimentelle Untersuchungen festgestellt, daß man nach Kommotion ganz regelmäßig diffuse Veränderungen in der zentralen Nervensubstanz, sowohl in der Hirnrinde wie vornehmlich in den basalen Stammganglien, in dem Höhlengrau und in der Medulla oblongata findet. Auch der Vaguskern ist schwer affiziert. Die postkommotionellen psychischen und nervösen Schwächezustände sprechen für eine Diffusität der anatomischen Störungen im ganzen Zentralnervensystem.

Krueger (94 a) beschäftigt sich hier mit solchen Psychopathen, bei denen eine dauernd gesteigerte Affektreizbarkeit, also eine dauernde Affektübererregbarkeit, als Hauptsymptom in die Erscheinung tritt, und bei denen es deshalb dauernd zu krankhaften Affektreaktionen kam, im Gegensatz zur vorübergehend auftretenden Affektübererregbarkeit, die man bei Hysterie, Neurasthenie, traumatischer Neurose usw. trifft. In 14 Beobachtungen zeigt hier *K.* diese Übererregbarkeit, die vom Kindes- bis ins Greisenalter anhält, wenn auch in letzterem die Affektausbrüche weniger stark aufzutreten pflegen. Schon bei geringen Anlässen kommt es zu starken Zorn- und Wutausbrüchen, namentlich wenn die Betreffenden sich in ihrem eigenen Recht verletzt fühlen. Es bleibt aber nicht immer bei solchen Wutausbrüchen. Es kann auch zu kurz vorübergehender Geistesstörung kommen, zu Affektdämmerzuständen, bei denen man meist zwei Phasen scharf unterscheiden kann. „Die erste besteht in einer dem die affektive Hochspannung zur Entladung bringenden Reiz unmittelbar folgenden allgemeinen Starre, einen Affektstupor, das pathologisch aufs höchste gesteigerte Bild der Zorneswallung, das nur einige Sekunden dauert; daran schließt sich die zweite auch nur wenige Minuten, selten ¼ bis ½ Stunde währende impulsive Phase, in der oft mit einem



Fluche oder unartikulierten Schrei, unter lebhafter Rötung des Gesichts, das Individuum auf seinen Gegner losspringt, schließlich wütend um sich zu schlagen und zu zerstören beginnt. Der Zustand endet plötzlich, selten mit einem Schlafe. Für die Zeit des Höhestadiums besteht völlige Amnesie, die retrograd sein kann.“ Daß es bei solchen Individuen, namentlich bei chronischem Alkoholmißbrauch, häufig zu Konflikten mit dem Strafgesetz kommt, ist erklärlich. Die Dämmerzustände fallen wohl stets unter den Schutz des § 51.

Ladame (96) möchte unter den Fällen von akutem Delirium gewisse sehr bösartig verlaufende Fälle absondern und als Psychose aiguë idiopathique ou foudroyante bezeichnen. Der Verlauf ist ein sehr stürmischer, führt zu raschem Ende, es besteht eine große motorische Unruhe, sehr rascher körperlicher Verfall, organische Störungen, totale Verwirrtheit, amorphe Delirien, Halluzination, akute entzündliche Hirnveränderungen, Störungen des Stoffwechsels.

Meyer (112) berichtet über 2 Fälle psychogener Dämmerzustände, die sich zur Zeit der Revolution in der Königsberger Klinik befanden und durch die Revolution einer mehr oder weniger plötzlichen Genesung entgegengeführt wurden.

Raecke (141) teilt hier 22 von ihm selbst beobachtete Fälle von krankhaftem Wandertrieb mit, die er in 6 scharf gesonderte Gruppen einteilt, deren jede er einzeln bespricht. Es handelt sich um Epileptische oder epilepsieähnliche Zustände, Fortlaufen in manisch-depressiven Erregungszuständen, Wandertrieb der Schizophrenen, hysterisches Fortlaufen, neurasthenische Wandersucht und Fortlaufen bei angeborenem Schwachsinn.

Rehm (156) bringt ausführlich zwei sehr interessante Krankheitsgeschichten; es handelt sich um chronische Wahnpsychosen mit vieljährigem Verlauf.

Schneider (175) benutzte die Methode von *Fingerhuth* und *Wirts*, weil man bei dieser genau und bequem den Zeitpunkt bestimmen kann, an dem die Gerinnung beginnt und an dem sie beendet ist. Doch ist bei derselben die Zeit der Gerinnung normalerweise nur halb so lang wie bei der *Schultze*schen Methode. *Sch.* hat von vornherein zwischen alten und frischen Fällen von Katatonie unterschieden, unter die frischen Fälle rechnet er alle, in denen der Krankheitsprozeß höchsten 1 Jahr alt ist. Im Durchschnittswert fand sich zwischen alten und frischen Katatonien kein Unterschied. Auch hatte die Arteriosklerose verhältnismäßig nur geringen Wert. *Bumke* kam in dieser Hinsicht zu einem andern Resultat. Im Gegensatz zu *Hauptmann* und *O. Bumke* kam *Sch.* zu dem Resultat, daß bei der Katatonie und Hebephrenie keine abweichenden und auffallenden Blutgerinnungszeiten nachweisbar sind.

Schröder (181) hat in der „Neuen deutschen Chirurgie“, herausgegeben von *H. Küttner*-Breslau, im 18. Band, Verletzungen des Gehirns, 3. Teil die Geistesstörungen nach Kopfverletzung bearbeitet.

Schultz (184) bespricht im Kapitel: Psychopathologische Typen auch die rudimentären Formen echter Psychosen: Zyklothymie, Paranoid, Epileptoid, Schizophrenie (verschroben).

Seelert (187) macht hier den Versuch, an mehreren Gruppen von Psychosen nachzuweisen, daß in vielen Fällen die Gestaltung des Symptomenbildes sich aus der



Verbindung endogener und exogener Faktoren ergibt, daß einerseits die endogene psychische Konstitution bei exogenen Psychosen bedeutungsvoll für den psychopathologischen Symptomenkomplex ist, daß andrerseits exogene Gehirnschädigungen bei Psychose endogener Grundlage Änderungen des Krankheitsbildes erzeugen. Vor allem will er zeigen, daß es Psychosen gibt, deren durch Symptomatologie und Verlauf bestimmte Form durch Verbindung endogener und exogener Krankheitsfaktoren gegeben ist. *S.* beschäftigt sich hier, unter Beifügung einiger Krankheitsgeschichten, mit den Depressionszuständen und der paranoiden Psychose des höheren Lebensalters, mit progressiver Paralyse und mit Psychosen infolge von akuten Infektionskrankheiten und internen Erkrankungen, den Toxikationspsychosen. — In bezug auf die ersteren sagt *S.*, daß bei der Melancholie auch dann endogene und exogene Krankheitsfaktoren wirksam sind, wenn sie nicht in grober, augenfälliger Weise in Erscheinung treten und durch Untersuchungsmethoden nachweisbar sind. Weiterhin, daß nicht nur die senile Involution, sondern auch andere krankhafte Gehirnveränderungen bei Menschen mit endogener manisch-depressiver Veranlagung die Bedeutung von mitwirkenden Ursachen für den Ausbruch der Melancholie bekommen. — Ausführlich geht *S.* auf die Depressionszustände bei seniler Involution und Arteriosklerose ein. Ist früher schon manisch-depressives Irresein konstatiert worden, so muß man annehmen, daß beide Faktoren, endogene und exogene, in den meisten Fällen mitwirken, daß sie aber beide für die Pathogenese des Depressionszustandes nicht gleiche Bedeutung haben. Zwischen den ängstlich-depressiven Verstimmungszuständen bei zerebraler organischer Krankheit (Arteriosklerose) und den endogenen Depressionen kommen zahlreiche Übergangsformen vor. In der Mitte zwischen beiden steht die Altersmelancholie. Letztere ist charakterisiert durch die meist in dem motorischen Verhalten zum Ausdruck kommende ängstliche Färbung des Affektes. Dieser Angstaffekt tritt gerade bei den Fällen am stärksten hervor, bei denen Symptome organischer Hirnschädigung vorhanden sind. Es ist in höchstem Grade wahrscheinlich, daß die organische Änderung der Gehirnstruktur eine pathogenetische Bedeutung für das Symptomenbild hat, auch in den Fällen, wo eine endogene, manisch-melancholische Disposition vorliegt. Das gilt auch für solche Fälle, wo der zerebrale organische Prozeß nicht deutlich nachweisbar ist. Es handelt sich auch nicht um eine einfache Addition. Oft sieht man die Depression erst nach dem Deutlichwerden der Arteriosklerose auftreten. Auch ohne bestimmten Nachweis wird man bei den in späterem Alter auftretenden Depressionszuständen eine Disposition zu manisch-melancholischer Psychose annehmen dürfen. Bei den auf endogener Grundlage entstehenden Psychosen ist das endogene Element ein wirksamerer Faktor in der Pathogenese der psychischen Krankheit als bei den Psychosen mit Verbindung endogener und exogener Krankheitsfaktoren. Nach *Kraepelin* bestand bei den Manisch-Depressiven in etwa 80 % erbliche Belastung, bei der Melancholie im Sinne *Kraepelin*s nur bei 53 % der Kranken. Der endogene Faktor ist bei den uns hier interessierenden Krankheiten weniger wirksam als bei den manisch-depressiven. Melancholie und manisch-depressive Psychosen stehen nosologisch nicht auf gleicher Stufe. In Melancholie und Angstpsychose sieht *S.* durch Verschiedenheit der Pathogenese bedingte eigene



Krankheitstypen, die zur manisch-depressiven Krankheit zwar in enger Beziehung stehen, aber nicht wesensgleich mit ihr sind. Daher auch die fließenden Übergänge zwischen den Krankheitstypen manisch-depressiver Krankheit, Melancholie und Angstpsychose bei organischer Gehirnerkrankung. Die Krankheitsbilder wechseln je nachdem der endogene oder exogene Faktor überwiegt. Es handelt sich dabei nicht um Addition, sondern um eine engere Verknüpfung. „Ich nehme an, daß die pathogenetischen Verhältnisse etwa so sind, daß die organische Änderung der Gehirnstruktur eine Änderung der Affektivität schafft, die sich im einzelnen vielleicht zusammensetzt aus Änderung der Intensität und Dauer der Affektreaktionen, und daß unter dem Einfluß dieser veränderten Affektivität der durch die endogene Konstitution vorgezeichnete depressive Symptomenkomplex entweder, wenn er schon vorher erkennbar war, verstärkt wird, oder wenn er sich anamnestisch nicht nachweisen läßt, aus der Latenz heraustritt und manifest wird. Bei der Melancholie im Sinne *Kraepelins* ist der für den Ausbruch der Psychose wichtigste Faktor ebenso wie bei manisch-depressiven Psychosen die endogene Krankheitsdisposition. Der exogene Faktor hat nur die Bedeutung einer mitwirkenden, das Symptomenbild verändernden, vielleicht auch manchmal auslösenden Ursache. Bei den ängstlich-depressiven Psychosen im Verlaufe organischer Gehirnkrankheiten verschiebt sich die pathogenetische Wertigkeit der beiden Krankheitsfaktoren, so daß in manchen Fällen sogar ein umgekehrtes Verhältnis wie bei der Melancholie herauskommt, und hier der Faktor der endogenen manisch-depressiven Konstitution die Rolle des nur das Symptomenbild gestaltenden, verändernden pathogenetischen Elementes einnimmt."

Bei 4 Krankengeschichten erläutert und ergänzt *S.* seine Ausführungen.

Auch bezüglich der paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters bestimmt die Verbindung des endogenen und exogenen Krankheitsfaktors das Symptomenbild und auch den Verlauf der Psychose; auch hier gibt es fließende Übergänge. Wie bei den senilen Depressionszuständen bestehen auch hier engere Beziehungen zwischen den beiden Krankheitsfaktoren. Der Keim der senilen paranoiden Zustände liegt in der komplizierten Affektlage des Mißtrauens. Diese krankhafte Affektivität resultiert aus der besonderen endogenen vorpsychotischen Konstitution des Kranken und aus gewissen Prozessen im Gehirn, d. h. physiologische und pathologische Involutionen und Arteriosklerose. — Den Schluß der Arbeit macht die progressive Paralyse und eine kurze Bemerkung über die Verbindung endogener und exogener Faktoren bei Psychose infolge von akuten Infektionskrankheiten und internen Krankheiten und bei Intoxikationspsychosen.

Šerkos (188) 4 Fälle haben das Gemeinsame, daß sie mehr oder weniger akut begonnen haben, und daß sie durch Angst eingeleitet werden. Letztere tritt entweder rein auf oder kleidet sich in Trugwahrnehmungen und Wahnideen verfolgenden oder bedrohenden Inhalts. Die Angst war primär. Eine direkte Folge der Angst sind die 4 Fälle geradezu charakterisierenden Erinnerungsfälschungen paraphrenen Charakters. Weil in den Fällen die Angst paraphrene Ideengänge mobilisiert, nennt *S.* die Krankheit paraphrene Angstpsychose. Er legt das Hauptgewicht darauf, daß entsprechend der Grundaffekt der Angst die paraphrene Wahn-




bildung nicht so sehr verfolgenden als vielmehr bedrohenden Inhalts ist, und daß er sich im Gegensatz zur paranoiden Angstpsychose auf alkoholischer Basis in vollentwickelten Fällen in eigenartig phantastische Erinnerungsfälschungen nebst Sinnestäuschungen kleidet. Die Psychose erreicht unter Schwankungen rasch ihren Höhepunkt, um dann plötzlich abzufallen und in einen chronischen Zustand auszuklingen. Auffallend war in den Fällen noch ein Rede- und Mitteilungsdrang der Kranken im akuten Stadium der Erkrankung, und eine leicht humoristische heitere Färbung der Stimmung, welche die Angst unterlagert und in angstfreien Zeiten deutlich hervortritt. Eine weitere Eigentümlichkeit der Fälle ist ihre Neigung zu Rezidiven oder ihr Verlauf in Schüben. In allen Fällen kam die Erkrankung erst nach dem vollendeten dritten Lebensdezennium zum erstmaligen Aufflackern.

Steinau (197) berichtet hier ausführlich über 15 Fälle von der Front, abgesehen von 2 Paralysen, handelt es sich um psychogene Zustände und Schizophrenien. *St.* kommt zu dem Resultat, daß bei Psychopathen Fronterlebnisse psychotische Reaktion hervorrufen können, und zwar um so leichter, je schwerer die Disposition ist, die der Kranke ins Feld mitbringt. Bei den echten Psychosen dagegen kann von einer Verursachung der Krankheit durch Fronterlebnisse überhaupt nicht gesprochen werden. *St.* schließt sogar, daß wir keinen Anlaß haben, außer vielleicht bei der nach schweren Strapazen ausbrechenden Paralyse eines Falles, eine erhebliche Mitwirkung an der Auslösung des Prozesses anzunehmen. — Bei den Psychopathen fand *St.* eine ausgesprochene Kriegsfärbung, bei den Psychosen nicht. Zu diesen Resultaten kam ja auch *Mendel* als Truppenarzt.

Stiefler (204) bringt hier ein reiches kasuistisches Material aus den von ihm beobachteten psychogenen Krankheitszuständen, sowohl reaktive Depressions- und Angstzustände als psychogene Dämmerzustände. Die meisten Fälle gehören zu letzteren. Wir finden darunter halluzinatorische, angstgefärbte Erregungs- und Verwirrtheitszustände, akute delirante Verwirrtheit, Dämmerzustände mit eigenartig hypomanischer traumhafter Bewußtseinsänderung, manisch gefärbte Erregungs- bzw. Verwirrtheitszustände. Der Verlauf war in den meisten Fällen ein gutartiger.

Frl. *Wenger* (224 a) berichtet über 3 Fälle von Pseudologia phantastica; der eine wurde paranoid, der zweite paralytisch. Im dritten Fall handelt es sich um Georg Grün, den *Jörgensen* bereits 1904 im 27. Jahrg. der Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. im frühen Stadium der Krankheit veröffentlicht hat. Hierbei handelt es sich um einen reinen Fall. Die Pseud. phant. tritt auf entweder als Krankheitsform sui generis oder als Syndrom im Verlauf und besonders am Beginn anderer Psychosen. Als eigentliche Krankheitsform ist das Leiden stets angeboren und bildet eine Unterabteilung der großen Gruppe der konstitutionellen Psychopathie. Eine konstitutioneller Pseudolog kann aber auch im Verlauf des Lebens an Psychose erkranken.

Wigert (225) kommt nach seinen Beobachtungen zu dem Schluß, daß bei mehr protrahierten depressiven Psychosen meistens spontane Hyperglykämie fehlt. Bei diesen Psychosen findet sich oft eine bemerkenswert hohe alimentäre Hyperglykämie. Ob diese auf dem Lebensalter oder auf andern Umständen beruht, läßt sich zurzeit nicht sagen.



5. Organische Psychosen.

Ref.: Langelüddeke, Hamburg-Friedrichsberg.

1. *Adamkiewicz* (Schweidnitz, Schl.), Über die perizellulären „Golginetze" im Zentralnervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig Bd. 51, H. 4/5, S. 297. (S. 147*.)
2. *Adler*, *A.* (Frankfurt a. M.), Über die Lokalisation der Blasenfunktion in der Hirnrinde. Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 618. (S. 137*.)
3. *Alexander*, *I. B.*, Cases, resembling Encephalitis lethargica occuring during the influenca epidemy. British med. journ. p. 794.
4. *Allers*, *Rudolf*, Untersuchungen über den Stoffwechsel bei progressiver Paralyse. VI. (Vgl. vorangegangene Mitteilungen in Bd. 17, 18 u. 27 d. Ztschr.). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 174.
5. *Audibert*, *V.*, L'encéphalie léthargique à Marseille. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris, 3me Série, vol. 43, p. 296.
6. *Bassoe*, *P.*, Epidemic encephalitis (Nona). Journ. of the Americ. med. ass. vol. 72, p. 971.
7. *Baumm*, *Hans*, Chronische Encephalomyelitis disseminata oder multiple Sklerose? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 4/5, S. 269. (S. 121*.)
8. *Beck*, *D. J.*, Fall von Encephalitis lethargica. Need. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 63 (I), p. 1494.
9. *Bénon*, *R.* et *Lefèbre*, Un cas type de démence traumatique. Rev. neurol. vol. 26, p. 705.
10. *Berger*, *Hans*, Über einen Fall von Encephalitis subcorticalis chronica (*Binswanger*). Sitzungsber. v. 12. III. 1919. Med. Klin. Nr. 22, S. 549.
11. *Bernhardt*, *Georg* u. *Simon*, *Arthur* (Berlin), Zur Encephalitis lethargica. Neurol. Ztlbl. Nr. 22, S. 705. Vgl. *v. Economo*, Bemerkungen zu obigem Artikel in gl. Ztschr. Jg. 1920, H. 7, S. 209 u. Erwiderung. *Bernhardts* u. *Simons* S. 220.
12. *Bertelsen* u. *Wimmer*, *A.* (Kopenhagen), Herdsymptome bei seniler Demenz. Hospitalstidende Nr. 14.
13. *Best* (Dresden), Über Störungen der optischen Lokalisation bei Verletzungen und Herderkrankungen im Hinterhauptlappen. Neurol. Ztlbl. Nr. 13, S. 427. (S. 141*.)
14. *Bielschowsky*, *Max*, Über Markfleckenbildung und spongiösen Schichtenschwund in der Hirnrinde der Paralytiker. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 25, H. 2.
15. *Bielschowsky*, *Max* u. *Freund*, *C. S.*, Über Veränderungen des Striatums bei tuberöser Sklerose und deren Beziehungen zu andern Er-



krankungen dieses Hirnteils. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 24. S. 20. (S. 144*.)

16. *Bing, Robert* (Basel), Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. IV. Aufl. 235 S. — 16 M. (S. 124*.)
17. *Blonk, P.*, Über Liquor cerebrospinalis und Lumbalpunktion. Inaug.-Diss. Groningen.
18. *Boas, Kurt*, Die Tabes dorsalis der Kriegsteilnehmer und ihre militärärztliche Begutachtung. Stuttgart, Fr. Enke. 165 S. — 10 M. (S. 130*.)
19. *Boenheim, Felix* (Rostock), Zur Kenntnis seltener Formen der Dystrophia musculorum progressiva. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 149.
20. *Boisonnas, L.*, La lipodystrophie progressive. Revue neurol. vol. 26. p. 721.
21. *Bolten, G. C.*, Eine Hirngeschwulst mit eigentümlichen Erscheinungen. Need. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 63 (I), p. 1407.
22. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Fürsorge für Hirnverletzte und Kriegsneurotiker. Berl. klin. Wschr. Nr. 4, S. 21.
23. *Bouman, L.* (Amsterdam), De Neosalvarsan-behandling bij lues en paralues van het centrale zenuwstelsel. Need. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 25, p. 2183.
24. *Brasher, C. W. J.*, *Caldwell* and *Combe*, A report of two cases of Encephalitis lethargica. British med. journ. p. 733.
25. *Braun, Richard*, Über Adipositas dolorosa (*Dercum*sche Krankheit). Inaug.-Diss. Heidelberg.
26. *Bremme, Hertha* (Rostock-Gehlsheim), Ein Beitrag zur Bindearm-Chorea. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 2, S. 107.
27. *Bresler, Joh.* (Kreuzburg), „Progressive Paralyse“ oder „Hirnsyphilis“. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39/40, S. 299.
28. *Brodniewicz, Kasimir*, Über psychische Störungen bei Tabes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 6, S. 701.
29. *Brouwer, B.* (Amsterdam), Beitrag zur Kenntnis der chronischen diffusen Kleinhirnerkrankungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 21, S. 674. (S. 121*.)
30. *Derselbe*, Examen anatomique du système nerveux central de deux chats, décrits par *J. G. Dusser de Barenne*. Archives Néerland. de Physiol. de l'homme et des animaux. IV, 1, p. 124 (1919).
31. *Brouwer, B.* u. *Coenen, L.*, Über die Oliva inferior. insbesondere zwei Fälle pathologischer Veränderungen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 25, H. 2.
32. *Brunner, H.* u. *Bleyer, A.* (Wien). Über einen Fall von Ponstuberkel. Arb. a. d. Neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 22, H. 2/3, S. 133.



. *Buchhold*, *Otto*, Fieber als zerebrales Herdsymptom. Inaug.-Diss. Gießen.

. *Burger*, *H.* et *Focquet*, *R.*, L'encéphalite léthargique. Arch. méd. bélge vol. 73, p. 19.

. *Byschowski*, *Z.* (Warschau), Über die Restitution der nach einem Schädelschuß verloren gegangenen Sprache bei einem Polyglotten. Mtschr. f. Psych. u. Nerurol. Bd. 45, H. 4, S. 184.

. *Derselbe*, Zur Statistik der traumatischen Epilepsie im Kriege. Neurol. Ztlbl. Nr. 13, S. 423. (S. 134*.)

. *Derselbe*, Zerebrale Polyplegien nach Schädelschüssen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 1/3, S. 163.

. *Carver*, *Alfred* and *Dinsley*, *A.*, Some biological effects due to high explosifs. Brain vol. 41, p. 112.

. *Claisse*, *P.*, Encéphalite léthargique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 3me serie, vol. 43, p. 222.

. *Cleland*, *J. B.* and *Campbell*, *A. W.*, Acute encephalo-myelitis. A clinical and experimental investigation of an Australian epidemy. British med. journ. p. 663.

1. *Cramer*, *A.*, Au sujet de l'encéphalite léthargique. Rev. méd. de la Suisse rom. no. 5.

2. *Culp*, *Werner*, Ein Fall von vollkommenem Mangel der Großhirnwindungen. Inaug.-Diss. Heidelberg.

3. *Curschmann*, *Hans* (Rostock), Zur Diagnose der myasthenischen Paralyse (insbesondere der amyotrophischen und rein ophthalmologischen Formen). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 50, S. 131. (S. 123*.)

44. *Dieckmann*, *Hans* (Jena), Über Encephalitis subcorticalis chronica progressiva. Inaug.-Diss. Jena u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 1.

45. *Donath*, *Julius* (Budapest), Kortikale Sensibilitätsstörung der Unterextremitäten nach Schädelschußverletzung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 6, S. 307.

46. *Dopheide*, *Emil* (Brackwede), Zur Lehre der nicht-paralytischen Geistesstörungen auf syphilitischer Grundlage. Inaug.-Diss. Kiel. 60 S.

47. *Dreyfus*, *G. L.* (Frankfurt a. M.), Silbersalvarsan bei luetischen Erkrankungen des Nervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 31. S. 864. (S. 131*.)

48. *Derselbe*, Spirillotoxische und arsenotoxische zerebrale Reaktionen nach Salvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 48. S. 1374.

49. *Derselbe*, Nebenwirkungen des Silbersalvarsans. Vorschläge zu deren Verhütung. Deutsche med. Wschr. Nr. 47 u. 48. S. 1293 u. 1326. (S. 131*.)

50. *v. Economo, C.* (Wien), Grippeencephalitis und Encephalitis lethargica. Wiener med. Wschr. Nr. 15.

51. *Derselbe*, Ein Fall von chronischer, schubweis verlaufender Encephalitis lethargica (Bemerkungen zur Frage der Grippe-Encephalitis und Encephalitis lethargica). Münch. med. Wschr. Nr. 46. S. 1311. (S. 124*.)

52. *Derselbe*, Das histologische Bild von Encephalitis und Myelitis nach Grippe. Vortragsbericht vom 11. 2. 1919. Wiener klin. Wschr. S. 995.

53. *Ely, F. A.*, Lethargic encephalitis, preliminary report. Journ. of the Americ. med. ass. vol. 72, p. 985.

54. *Eskuchen, Karl* (München), Zur Frage „Haemorrhagia subarachnoidalis". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 4/5. S. 331.

55. *Étienne, G.*, Encéphalite léthargique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 3me série, vol. 43, p. 482.

56. *Finkelnburg, Rudolf* (Bonn), Zur Frage der Arteriosklerose nach Unfällen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 6 u. 7, S. 51 u. 61. (S. 122*.)

57. *Flegenheimer, Wilhelm*, Symptomenkomplex des Hirntumors bei Leukämie. Inaug.-Diss. Berlin.

58. *Frankenberg, Walter* (Greifswald), Entwicklungsgeschichte und Histologie des Zentralkanals im menschlichen Rückenmark. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 1/3, S. 212.

59. *Freidank, Otto*, Die Bedeutung der exogenen Faktoren, speziell des Krieges, für die Paralyse. Inaug.-Diss. Berlin.

60. *Friedberg, Walter*, Multiple Sklerose und Trauma. Inaug.-Diss. Kiel 1918. 26 S.

61. *Friedländer, Erich* (Lemgo), Zur Beurteilung und Behandlung syphilogener Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Gießen. 1918.

62. *Derselbe*, Ein Fall von absonderlicher retrograder Amnesie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13—16, S. 85 u. 99. (S. 124*.)

63. *Derselbe*, Die Infektiosität der Lues latens und ihre praktische Bedeutung für die Irrenpflege. Deutsche med. Wschr. Nr. 32.

64. *Fritze, Joachim*, Beitrag zur Kenntnis der Geschwülste des Nervensystems. Inaug.-Diss. Berlin.

65. *Fröschels, E.* (Wien), Die Kopfverletzungen im Kriege. Ihre psychologische Untersuchung, Behandlung und Fürsorge. Wien 1918. M. Perles Verlag.

66. *Gaehtgens, W.* (Hamburg). Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Ausflockungsreaktion nach *Sachs* u. *Georgi*. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 933.

67. *Galli-Valerio, B.*, Le diagnostic de la syphilis par le procédé des *Sachs-Georgi*. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52.



68. *Ghillini*, Successioni sindromiche da scoppio di granata. Rassegna di studi psich. vol. 8, p. 4.
69. *Goldberg*, *Israel*, Zur Klinik der Tabesparalyse. Inaug.-Diss. Kiel. 34 S.
70. *Goldstein*, *Kurt* (Frankfurt a. M.), Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten. Leipzig, F. C. W. Vogel. 240 S. — 20 M. (S. 132*.)
71. *Goldstein*, *Kurt* und *Reichmann*, *Frieda* (Frankfurt a. M.), Über kortikale Sensibilitätsstörungen, besonders am Kopfe. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 1/2, S. 49. (S. 138*.)
72. *Goldstein*, *Kurt* (Frankfurt a. M.), Über die Rentenversorgung bei Folgen von Hirnverletzungen. Dienstbeschädigung und Rentenversorgung, herausgegeben von *C. Adam*. Jena, G. Fischer. 93 S. (S. 134*.)
73. *Goldstein* und *Gelb* (Frankfurt a. M.), Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter. II. Abhandlung: Über den Einfluß des vollständigen Verlustes des optischen Vorstellungsvermögens auf das taktile Erkennen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 83. (S. 141*.)
74. *Gordon*, *A.*, Encephalitis lethargica. New York med. journ. vol. 109, p. 837.
75. *Gottfried*, *G.* (Budapest), Über Nervenzellschwellung und deren Begleiterscheinungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 1, S. 111.
76. *Grénet*, *H.*, Un cas d'encéphalite léthargique simulant la méningite ourlienne. Gaz. des hôp. de Paris vol. 92, p. 155.
77. *Groß*, *Eberhard*, Zur Symptomatologie und Pathologie der Balkentumoren. Inaug.-Diss. Kiel. 16 S. (S. 126*.)
78. *Groß*, *K.* (Wien), Periodische Schlafzustände (symptomatische Narkolepsie) bei einem Gehirntumorkranken. Wiener klin. Wschr. Nr. 3.
79. *Hagen*, *Walter*, Über einen Fall von Tumor im Gebiete des rechten Stirnhirns. Inaug.-Diss. Kiel.
80. *Hall* (Kopenhagen), Über Spirochaetennachweis bei Paralyse. Hospitaltidende Nr. 24.
81. *Harthun*, *Willy*, Prodromalsymptome der progressiven Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel. 72 S.
82. *Hasebroek*, *K.* (Hamburg), Tabes und Trauma. (Kasuistik und Begutachtung.) Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 10, S. 97.)
83. *Hasse*, *W.* (Breslau), Beiträge zur Frequenz und Symptomatologie der Schußverletzungen der Gehirnnerven. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 4/5, S. 329.
84. *Hauck*, *L.* (Erlangen), Die Bedeutung der *Sachs-Georgi*schen Ausflockungsmethode für die Serodiagnostik der Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1413. (*Franz Penzold*-Nummer.)



85. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. B.). Über herdartige Spirochaetenverteilung in der Hirnrinde bei Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 2 u. 3, S. 59 u. 165.
86. *Derselbe*, Grundlagen, Stellung und Symptomatologie der „Myotonen Dystrophie“ (früher atrophischen Myotonie). Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 365.
87. *Derselbe*, Über Spirochaetenbefunde bei multipler Sklerose. Sitzungsbericht v. 11. 2. 19. Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 536 und Fortschritte der Med. Nr. 35/36. (S. 120*.)
88. *Derselbe*, Neuere Spirochaetenforschungen bei Paralyse. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 16, Nr. 22. (S. 147*.)
89. *Derselbe*, Einiges über die Beziehungen der Spirochaeten zu den Gefäßen der Hirnrinde bei Paralyse. Vortrag 44. Wandervers. Südwestdeutscher Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. 5. bis 1. 6. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 454 u. in der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. u. E. Bd. 19, H. 1—2, S. 105. (S. 147*.)
90. *Heinicke* (Waldheim), Ein Fall von posttraumatischer Demenz nach Schrapnellschußverletzung des Schädels. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 6, S. 750.
91. *Hendrian, Willy*, Ein Fall von Epilepsie mit Absenzen bei einem rechtsseitigen Schläfenlappentumor. Inaug.-Diss. Greifswald.
92. *Henneberg, R.* (Berlin), Ungewöhnlicher Fall von multiplem Hirnabszeß. Berl. klin. Wschr. Nr. 17, S. 387. (S. 126*.)
93. *Derselbe*, Rückenmarksbefunde bei Spina bifida (Diastematomyelie, kongenitale Springomyelie). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, H. 1, S. 1. (S. 147*.)
94. *Henschen, S. E.* (Stockholm), Über Geruchs- und Geschmackszentren. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 3, S. 121. (S. 138*.)
95. *Derselbe*, On the hearing sphere. (An auto-extract from the original paper, written in German. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 22, H. 3.) Acta oto-laryngologica vol. 1, fasc. 2 et 3, 1918.
96. *Derselbe*, Zur Aphasie bei den otitischen Temporalabszessen. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilkunde Bd. 104, H. 1, S. 39. (S. 126*.)
97. *Derselbe*, Über Sinnes- und Vorstellungszentren in der Rinde des Großhirns. Zugleich ein Beitrag zum Mechanismus des Denkens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 1/2, S. 55. (S. 139*.)
98. *Derselbe*, Über Sprach-, Musik- und Rechenmechanismen und ihre Lokalisation im Großhirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 4/5 S. 273. (S. 140*.)
99. *Hermel* (Hamburg), Befunde von Spirochaeten im Paralytikergehirn nach der *Jahnel*schen Methode. Sitzungsber. vom 15. IV. 19. Deutsche med. Wschr. Nr. 29, S. 816.



100. *Herold, Kurt*, Hydrozephalie, Mikrognathie und Uranoschisma. Inaug.-Diss. Gießen.

101. *Herzig, Ernst* (Wien-Steinhof), Zur Ätiologie der nach Granatkommotion auftretenden psychotischen Zustände. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, S. 528.

102. *Derselbe*, Zur Frage der eventuellen Kriegsparalyse. Wiener klin. Wschr. Nr. 50.

103. *Hillel, G.* (Berlin), Ein seltener Fall von multipler Sklerose. Med. Klin. Nr. 43, S. 1092.

104. *Hoffmann, Hermann* (Tübingen), Gehirntumoren bei zwei Geschwistern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 2/3, S. 113. (S. 127*.)

105. *Hoppe, J.* (Uchtspringe), Über Silbersalvarsannatrium. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 1376.

106. *Hubert, Georg* (München), Über die klinischen Grundlagen der latenten und okkulten Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 344. (S. 129*.)

107. *Hübotter* (Berlin), Ein Fall von Hirnabszeß mit unklarer Genese. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 1/2, S. 128.

108. *Hüni, Karl* (Zürich), Über die Häufigkeit der progressiven Paralyse in der Schweiz. Zürich, Gebr. Leemann & Co. 1918. 35 S. (S. 129*.)

109. *Jahnel, F.* (Frankfurt a. M.), Beobachtungen an Paralysespirochaeten. Vortrag, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. V. bis 1. VI. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61. H. 2, S. 456.

110. *Derselbe*, Über das Vorkommen von Spirochaeten in den perivaskulären Räumen der weißen Substanz bei Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 1, S. 46. (S. 143*.)

111. *Derselbe*, Über einige neuere Ergebnisse von Spirochaetenuntersuchungen bei der progressiven Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75. H. 4/5, S. 503. (S. 144*.)

112. *Jakob, A.* (Hamburg), Über die Arteriosklerose des Nervensystems. Med. Klin. Nr. 32, S. 785.

113. *Derselbe*, Atypische Paralysen. Sitzungsber. v. 4. III. 19. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 19, H. 3, S. 189. (S. 146*.)

114. *Derselbe*, Die Entzündungsherde und miliaren Gummen im Großhirn bei Paralyse (mit besonderer Berücksichtigung der Entzündungserscheinungen bei den Anfallparalysen). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 1/3, S. 7. (S. 144*.)

115. *Derselbe*, Die Entzündungsfrage im Zentralnervensystem. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung Abt. 10, H. 5, S. 3.

116. *Derselbe*, Über das Wesen der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1183.



117. *Jepsen, Peter* (Rohrkarr), Zur Symptomatologie und Pathologie der Tumoren im Centrum ovale. Inaug.-Diss. Kiel. 15 S. (S. 127*.)

118. *Jessen, Joh. Friedrich,* Über die im Gefolge von Tabes dorsalis auftretenden nichtsyphilitischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 17 S.

119. *Jörger, Joh. Ben.,* Einige psychologische Beobachtungen an Kriegsinternierten. (Aus Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen.) Zürich, Rascher & Co.

120. *Josephi,* Die multiple Sklerose bei Soldaten. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 64, H. 5/6.

121. *Jürgens, Ludwig,* Über die Heredität der multiplen Exostosen. Inaug.-Diss. Kiel u. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 1, S. 103. (S. 123*.)

122. *Käppner, Irma,* Ein Beitrag zur Klinik der Leitungsaphasie. Inaug.-Diss. Kiel.

123. *Kafka, V.* (Hamburg), Bemerkungen zu der Arbeit von *Hauptmann,* „Zur Frage der Nervenlues, speziell für den Einfluß exogener Momente bei der Paralyse". Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 1, S. 56. (S. 128*.)

124. *Derselbe,* Zur Liquordiagnostik der infektiösen nichtluetischen Meningitis. Deutsche med. Wschr. 1919, Nr. 28. (S. 123*.)

125. *Kalberlah, Fr.* (Hohemark i. T.), Die Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan. Med. Klin. Nr. 32, S. 792.

126. *Karplus, J. P.* (Wien), Organische nichttraumatische Nervenkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Wiener med. Wschr. Nr. 3. (S. 122*.)

127. *Kastan* (Königsberg), Das Krankheitsbild der Pseudosklerose. Sitz.-Bericht v. 27. I. 19, Deutsche med. Wschr. Nr. 21.

128. *Derselbe,* Dystrophia myotonica. Sitzungsber. v. 24. III 19. Deutsche med. Wschr. Nr. 20.

129. *Derselbe,* Beitrag zur Kenntnis der mit Erhöhung der Rigidität der Muskeln einhergehenden erworbenen Krankheiten des Nervensystems (Pseudosklerose). Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 60, H. 2/3, S. 1. (S. 123*.)

130. *Kennedy, F.,* Epidemic encephalitis with stupor. Med. record vol. 95, p. 631.

131. *Klarfeld, B.* (Breslau), Über die Spirochaetenbefunde im Paralytikergehirn und ihre Bedeutung. Sammlung zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 11, H. 8. Halle, C. Marhold. 16 S. — 1 M. (S. 147*.)

132. *Kleist, K.* (Rostock-Erlangen), Diagnostisches und Therapeutisches an Hirntumoren. Vortragsber., Rostock, 4. VII. 18. Neurol. Ztlbl. Nr. 6, S. 207.

133. *Klien, H.* (Leipzig), Beitrag zur anatomischen Grundlage und zur Physiopathologie der kontinuierlichen rhytmischen Krämpfe nach Herderkrankungen des Kleinhirns nebst Bemerkungen über einige



Fragen der Kleinhirnfaserung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, S. 1.

134. *Derselbe*, Zur Frage nach dem anatomischen Verlauf und der Leitungsrichtung der Olivenbahn. (Vortrag, 21. Vers. mitteldeutscher Psych. u. Neurol., Leipzig, 27. X. 18.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 234.

135. *Klieneberger*, *Müller-Heß*, Demonstration von Fällen juveniler Paralyse. Sitzungsber., Königsberg, v. 24. III. 19, Deutsche med. Wschr. Nr. 20, S. 557.

136. *Knapp*, *A.* (Düsseldorf), Apoplektiforme allgemeine Hypotonie. Deutsche med. Wschr. Nr. 20.

137. *Knauer*, *A.* (Würzburg), Über die Behandlung der Paralyse und der Hirnsyphilis mit Salvarsaninjektion in die Karotiden. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 611. (S. 131*.)

138. *Knepper* (Düsseldorf), Zwei Fälle von progressiver Paralyse als Unfallfolge anerkannt. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1919, Nr. 5. (S. 129*.)

139. *Krabbe*, *Knud H.* (Kopenhagen), Cyste congénital intraspinal probablement méningocèle antérieure fermée. Rev. Neurol. (Paris).

140. *Krebsbach*, *Eduard*, Über Spirochaetenbefunde im Kleinhirn bei progressiver Paralyse. Inaug.-Diss. Freiburg i. B.

141. *Kretschmer*, *Ernst* (Tübingen), Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 3/4, S. 272. (S. 142*.)

142. *Kühne*, *O.* (Cottbus), Über die ursächlichen Beziehungen zwischen progressiver Paralyse und Unfällen. Mtschr. f. Unfallheilk. Nr. 3. (S. 129*.)

143. *Kutscha*, *Hugo Franz*, Zur Kenntnis der frühzeitigen Nervensyphilis. Inaug.-Diss. Leipzig.

144. *Lafora*, *G.*, Traitement intrarachidien des affections syphilitiques et paralytiques du système nerveux. Rev. neurol. vol. 26, p. 625.

145. *Derselbe*, El processo curativo de la paralysis general per la terapia intraraquidia. Los progresos de la clinica p. 15.

146. *Leichtnam*, *E.*, Multiple Sklerose mit langem Intervall. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 64, H. 5/6.

147. *Levy-Suhl*, *Max* (Berlin-Wilmersdorf), Zwei Fälle von Syringomyelie bzw. Syringobulbie mit Nystagmus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 1, S. 51.

148. *Loeffler*, *W.*, Hemitremor posthemiplegicus bei Hydrocephalus internus luetischer Genese. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 5/6.

149. *Löwenstein*, *Arnold* (Prag), Traumatische reflektorische Pupillenstarre. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 906.

150. *Marburg*, *Otto* (Wien), Zur Pathologie der Kriegsbeschädigungen des Rückenmarks. Arb. a. d. Neurol. Inst. Wien Bd. 22, H. 3, S. 498.

151. *Derselbe*, Pathologie und Pathogenese der Poliomyelitis, Sclerosis



multiplex, Paralysis progressiva. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Bd. 10, H. 5, S. 13.

152. *Martens, Wilhelm*, Zur Symptomatologie der Hirngeschwülste. Ein Fall von Tumor cerebri des Streifenhügels. Inaug.-Diss. Kiel. 41 S. (S. 127*.)

153. *Mendel, Kurt* und *Selberg, Ferdinand* (Berlin), Meningomyelitis unter dem Bilde eines Rückenmarktumors. Neurol. Ztlbl. Nr. 18, S. 584. (S. 122*.)

154. *Millian, G.*, Grippe et encéphalite léthargique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 3me série, vol. 43, p. 225.

155. *Mingazzini, Giovanni* (Rom), Contributo clinico et anatomo-patologico allo studio delle afasie musicali e transcorticali. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. vol. III, H. 2.

156. *Derselbe*, Osservazioni cliniche sulle lesioni del cervello el del midollo spinale da proiettili di guerra. Giornale Il Policlinico vol. 24. M. 1917.

157. *Derselbe*, La puntura lombare come cura di alcune forme di cefalea essenziale. Giornale Il Policlinico vol. 24. M. 1917.

158. *Derselbe*, Sopra un caso di hemiatrophia linguae congenita isolata. Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica 1917.

159. *Mingazzini, G.* e *Giannuli, F.* (Rom), Osservazioni cliniche e anatomo-patologiche sulle aplasie cerebellari. Reale Accademia de' lincèi 1918, ser. V, vol. 12, fasc. 13.

160. *v. Monakow* (Zürich), Zur Entwicklung und pathologischen Anatomie des Rautenplexus. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. vol. 5, p. 378.

161. *Monrad-Krohn, G H.*, On afasiske sprogforstyrrelser. Norsk Mag. for Laegevid. Vol. 80. No. 7.

162. *Moos* und *Warstedt* (Königsberg i. Pr.), Die Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems mit epiduralen Salvarsaninjektionen. Dermatolog. Ztscht. Nov. Heft.

163. *Muskens, L. J. J.*, Hydrocephalus. Need. Tijdschr. voor geneesk. vol. 63 (I), p. 1458.

164. *Naef, Ernst* (München), Klinisches über die endemische Encephalitis. Med. Klin. Nr. 36, S. 1019. (S. 125*.)

165. *Netter, A.*, Recrudescense de l'encéphalite léthargique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 3me série, vol. 43, p. 300.

166. *Nießl v. Mayendorf, E.* (Leipzig), Der sensomotorische Assoziationsbogen im zentralen Mechanismus der Sprache. (Ein Beitrag zur Deutung der sog. Leitungsaphasien.) Neurol. Ztlbl. Nr. 17, S. 550. (S. 138*.)

167. *Derselbe*, Über den Ursprung und Verlauf der basalen Züge des unteren Längsbündels. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 273.

168. *Nißl, Franz* (München), Histopathologie und Spirochäetenbefunde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 44, H. 3/5, S. 445. (S. 147*.)



169. *Derselbe*, Mißverständnisse? (Polemik *Raecke* — *Nißl* betr.: Paralytischer Parallelismus, s. gl. Ztschr. Bd. 44, S. 436.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 4/5, S. 388. (S. 147*.)
170. *Nonne*, *Max* (Hamburg), Isolierte reflektorische Pupillenstarre bei einem gesunden Erwachsenen als Ausdruck einer Lues congenita. Neurol. Ztlbl. Nr. 1, S. 1.
171. *Derselbe*, Myelodegeneratio transversa carcinotoxaemica. Med. Klin. Nr. 38. (S. 127*.)
172. *Derselbe*, Toxische Erkrankung des Rückenmarksquerschnittes bei allgemeiner Karzinose mit Metastasen in den Wirbeln. Vortragsbericht, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte in Baden-Baden v. 31. V.—1. VI. 19. Neurol. Ztlbl. Nr. 22.
173. *Derselbe*, Tumor an der Hinterfläche des Rückenmarks. Sitzungsber. Hamburg v. 4. II. 19. Neurol. Ztlbl. Nr. 7.
174. *Derselbe*, Über gehäufte Fälle von Enzephalitis und Bulbomyelitis in zeitlichem und örtlichem Zusammenhang mit Grippe. Sitzungsber. Hamburg v. 27. V. 19. Neurol. Ztlbl. Nr. 21.
175. *Derselbe*, Zum Kapitel der epidemisch auftretenden Bulbärmyelitis und Enzephalitis des Hirnstammes. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 5/6. (S. 125*.)
176. *Oberndorfer*, *Siegfried* (München), Über die Enzephalitis lethargica und ihre Pathologie. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1017. (S. 146*.)
177. *Oelze*, *F. W.* (Leipzig), Die Spirochaetenbefunde von *Karl Spengler* und *S. Fuchs v. Wolfring*, nebst Bemerkungen über die Methodik der Spirochaetenuntersuchungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 50.
178. *Oerter*, *Hugo*, Über Epilepsie nach Kopfschuß. Inaug.-Diss. Berlin.
179. *Oloff*, *Hans* (Kiel), Das Auge bei syphilogenen Gehirnerkrankungen und bei der multiplen Sklerose. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. H. 3/4.
180. *Oppenheim*, *Herm.* (Berlin), Zur Lehre von den Hirngeschwülsten. Fortlaufende Beiträge. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 3/4. (S. 128*.)
181. *Paulian*, *D.*, Dysgénesie pyramido-cérébélleuse familiale. Rev. neurol. vol. 26, p. 815.
182. *Paulus*, *A.* (Stuttgart), Zu den Geschwülsten des Mittelhirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 1/2, S. 163.
183. *Perthes* (Tübingen), Glückliche Entfernung eines Tumors des Plexus chorioidei aus dem Seitenventrikel des Cerebrums. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 677. (S. 127*.)
184. *Pfabel*, *Franz* (Königsberg i. Pr.), Zwei Fälle von Haarausfall nach Kopfschußverletzung. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 729.
185. *Pfeifer*, *B.* (Nietleben), Einleitung und ärztliche Überwachung des Defektausgleichs bei Hirnverletzten. Vortrag, 21. Vers. mitteld. Psych. u. Neurol. Leipzig, 27. X. 18. Eigenbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 238.





186. *Derselbe*, Über kortikale Blasenstörungen und deren Lokalisation bei Hirnverletzten. Vortrag, 21. Vers. mitteld. Psych. u. Neurol., Leipzig, 29. X. 18. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 260. (S. 137*.)

187. *Derselbe*, Zur Symptomatologie der zerebralen Störungen bei Verschluß der Arteria carotis interna. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 271. (S. 136*.)

188. *Derselbe*, Die Störungen der Sensibilität im Gebiete der Genito-Analhaut bei Hirnverletzten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53. H. 1/2, S. 5. (S. 137*.)

189. *Pfeiffer*, *R. A.* (Leipzig), Kritische Bemerkungen zur Eimerprobe *Poppelreuters* als Leistungsprüfung bei Hirnverletzten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 1/2, S. 130. (S. 143*.)

190. *Derselbe*, Beobachtungen an Rechts- und Linkshänderschrift von anscheinend weittragender Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 3/4, S. 301. (S. 136*.)

191. *Pick*, *A.* (Prag), Über Änderungen des Sprachcharakters als Begleiterscheinung aphasischer Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 3/4, S. 239. (S. 136*.)

192. *Pinkus*, Felix (Berlin), Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Med. Klin. Nr. 15, 17, 23, 30, 37, 44 (Nr. 44 das Verhalten der W. R.

193. *Plaut*, *F.* (München), Die Behandlung der Lues des Zentralnervensystems. (Unter Ausschluß der symptomatischen Behandlungsmethoden.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 17, H. 5, S. 385. (S. 132*.)

194. *Derselbe*, Neuere Probleme der Paralyse- u. Tabestherapie (Aus einem Vortrag, gehalten zu Amsterdam am 25. IX. 19 auf Einladung der Niederländischen Gesellschaft für die Erforschung der Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten.) Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1322. (S. 132*.)

195. *Plaut*, *F.* und *Steiner*, *G.*, Rekurrensimpfungen bei Paralytikern. (Vortrag, gehalten von *Steiner*-Heidelberg, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte in Baden-Baden, 31./V.—1./VI. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 458.

196. *Dieselben*, Rekurrensinfektionen bei Paralytikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 53, H. 1/2, S. 103. (S. 132*.)

197. *Pötzl*, *Otto* (Wien), Vergleichende Betrachtungen mehrerer Herderkrankungen der Sehsphäre. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 2/3, S. 402.

198. *Derselbe*, Über die Rückbildung einer reinen Worttaubheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 52, H. 4/5, S. 241.

199. *Derselbe*, Zur Klinik und Anatomie der reinen Worttaubheit (Über die Beziehungen der reinen Worttaubheit, Leitungsaphasie und der Tontaubheit). Abhdlg. a. d. Neurol. u. Psych. H. 7.



200. *Polik, Franz*, Beitrag zur Kenntnis der chronischen Geistesstörungen bei multipler Sklerose. Inaug.-Diss. Berlin.

201. *Pollak, Eugen* (Wien), Studien zur Pathologie der Neuroglia I. Arb. a. d. Neurol. Inst. der Wiener Univ. Bd. 22, H. 2/3, S. 296.

202. *Popper, Erwin* (Prag), Über einen brauchbaren einfachen Test bei der Untersuchung initialparalytischer Kranker. Deutsche med. Wschr. Nr. 31.

203. *Derselbe*, Zur Organisation der sensiblen Rindenzentren. Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 4/5, S. 310. (S. 138*.)

204. *Pothier, O. L.*, Lethargic encephalitis. Prelim. report. Journ. of the Americ. med. Ass. vol. 72, p. 715.

205. *Prym, Paul* (Bonn), Spätmeningitis nach Trauma. Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 299.

206. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Heilbarkeit der Paralyse? (Krankenvorstellungen). Sitzungsber. v. 3. III. 19. Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 731.

207. *Derselbe*, Zur Abwehr. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 60, H. 1, S. 2. (S. 147*.)

208. *Redlich, Emil*, Zur Pathologie der Epilepsie nach Schädelschußverletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1—5, S. 8. (S. 135*.)

209. *Reichmann, Frieda* und Taubstummenlehrer *Reichau, Eduard*, Zur Übungsbehandlung der Aphasien. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1, S. 8.

210. *Reinhart, A.* (Kiel), Über Encephalitis non purulenta (lethargica). Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 514. (S. 125*.)

211. *Reinhold, Friedrich*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 25 S.

212. *Reuter, Fritz* (Wien), Blutung im linken Stirnlappen des Gehirns bei tuberkulöser Meningitis als Ursache eines plötzlichen Todes. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 1, S. 117.

213. *Richter, Hugo* (Budapest), Gibt es eine Kriegsepilepsie? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 1/2, S. 131. (S. 143*.)

214. *Rieping, A.* (Bonn), Pathogenese des Turmschädels. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 148, H. 1 u. 2.

215. *Riese, Walter* (Frankfurt a. M.), Rückenmarksveränderungen eines Paralytikers. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1, S. 1. (S. 147*.)

216. *Roderfeld, Maria*, Über die optisch-räumlichen Störungen. Ein kasuistischer Beitrag. Inaug.-Diss. Würzburg. 41 S.

217. *Rohardt, Walter* (Rostock), Ein Fall von motorischer Amusie. Neurol. Ztlbl. Nr. 1, S. 6. (S. 140*.)

218. *Derselbe*, Über Zeige- und Fallreaktionen bei Kleinhirnerkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 49, S. 167. (S. 121*.)



219. *Rohde, Max* (Erfurt), Beitrag zur Frage der luetischen Meningitis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 5, S. 281. (S. 129.*)

220. *v. Rohden, Friedrich* (Nietleben), Experimentelle Aufmerksamkeitsuntersuchungen an normalen und hirnverletzten Soldaten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 4/5, S. 223. (S. 134*.)

221. *Rothlin* (Zürich), Über die Funktionen des Kleinhirns und dessen Nachbarorgane. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 30/31.

222. *Runge* (Kiel), Eigenartig epidemisch auftretende Krankheit des Zentralnervensystems. Vortragsbericht vom 6. 3. 19. Med. Klin. Nr. 14, S. 347.

223. *Sachs, B.*, Epidemic central or basilar encephalitis. New York med. journ. vol. 109, p. 894.

224. *Saenger, Alfred*, Ein Fall dauernder zerebraler Erblindung nach Hinterhauptsverletzung. Neurol. Ztlbl. Nr. 7, S. 210.

225. *Salomon, Erich* (Hannover), Die Lokalisation des Depeschenstils. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 4, S. 221. (S. 138*.)

226. *Sichel, Max*, Die Paralyse der Juden in sexuologischer Beleuchtung. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 6, H. 3.

227. *Sick, Hans*, Beitrag zur Lehre von der juvenilen Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel. 16 S.

228. *Siegenbeek van Henkelom, I.*, Encephalitis lethargica. Need. Tijdschr. voor geneesk. vol. 63 (I), p. 2199.

229. *Siemerling, E.* (Kiel), Über eine Enzephalitisepidemie. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 505. (S. 125*.)

230. *Singelmann, Otto*, Über einen Fall von Tumor cerebri im rechten Schläfenlappen. Inaug.-Diss. Kiel. 17 S. (S. 128*.)

231. *Sioli, F.* (Bonn), Die Spirochaete pallida bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 401. (S. 145*.)

232. *Derselbe*, Spirochaetenbefunde bei der *Lissauer*schen Paralyse. Vortrag, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. V. bis 1. VI. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 457.

233. *Sittig, O.* (Berlin), Über ein besonderes Rückenmarkssyndrom nach Schußverletzung. (Monoplegia spinalis spastica superior.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 2, S. 112.

234. *Smit-Rooda, I. H.*, Über negative W.-R. bei Augen- und Hirnsyphilis. Need. Tijdschr. voor geneesk. vol. 63 (I), p. 2256.

235. *Söderbergh, G.* (Karlstadt-Schweden), Eine semiologische Studie über einen Fall extrapyramidaler Erkrankung (*Wilson*sche Krankheit bzw. Pseudosklerose). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 1/2.

236. *Derselbe*, Über *Schilder*s neues Kleinhirnsymptom „Bradyteleokinese" Neurol. Ztlbl. Nr. 14, S. 463. (S. 122*.)

237. *v. Sohlern, Frhr. jun.* (Stuttgart), Über eine eigenartige fieberhafte



Erkrankung mit Doppelsehen (Zerebrale Lokalisation der Grippe? Grippe-Enzephalitis?) Kasuistische Mitteilung. Med. Klin. Nr. 22, S. 535.

8. *Speidel, Otto* (Stuttgart), Enzephalitis, Schlafsucht und Starre bei Grippe. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 958. (S. 126*.)

9. *Spiegel, Ernst* (Wien), Zur Anatomie des Klangstabs. Arb. a. d. Neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 22, H. 2/3, S. 164.

0. *Spiegel, E. A.* und *Zweig, H.* (Wien), Zur Cytoarchitektonik des Tuber cinereum. Arb. a. d. Neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 22, H. 2/3, S. 278.

1. *Spielmeyer, W.* (München), Eine Kleinhirnveränderung bei Typhus abdominalis. Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 313.

2. *Derselbe*, Die Kleinhirnveränderung bei Typhus in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Hirnrinde. Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 709.

3. *Derselbe*, Über Hirnveränderungen bei Fleckfieber. Vortrag, XI. wissenschaftliche Sitzung der deutschen Forschungsanstalt für Psych. in München, 21. XI. 18. Eigenbericht: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 271.

14. *Derselbe*, Die zentralen Veränderungen beim Fleckfieber und ihre Bedeutung für die Histopathologie der Hirnrinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 1/2, S. 1.

15. *Schaffer, Karl* (Budapest), Zweiter Bericht über die Tätigkeit des Budapester interakademischen Hirnforschungsinstituts (1916 bis 1918). Hirnpathologische Beiträge Bd. II, H. 2, S. 155. Berlin, Jul. Springer, 1919.

16. *Derselbe*, Neue Beiträge zur Mikromorphologie und anatomischen Charakterisierung der infantil-amaurotischen Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 1/2, S. 1.

47. *Derselbe*, Über einige Bahnen des menschlichen Rhombenzephalons. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 1, S. 60.

48. *Derselbe*, Beiträge zur Morphologie des Rhombenzephalons. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 44, H. 1, S. 95.

49. *Schauerte, Wilhelm*, Ein Fall von Kleinhirngeschwulst. Inaug.-Diss. Kiel.

50. *Schilder, Paul* (Wien), Neues Kleinhirnsymptom (Bradyteleokinese). Wiener klin. Wschr. Nr. 13.

51. *Derselbe*, Über Störungen der Bewegungsbremsung (teleokinetische Störungen) nebst Bemerkungen zur Kleinhirnsymptomatologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 4/5, S. 356. (S. 121*.)

52. *Schirren, Karl Georg* (Kiel), Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Tumor cerebri und Enzephalomalazie. Inaug.-Diss. Kiel. 17 S. (S. 128*.)



253. *Schlecht, H.* (Kiel), Drei selten zu beobachtende Fälle von atrophischer Myotonie. Vortragsbericht vom 20. II. 19. Med. Klin. Nr. 11, S. 274.

254. *Schlesinger, Hermann* (Wien): Zur Lehre vom Herpes Zoster: 1. Rückenmarksveränderungen bei Herpes Zoster. 2. Zur Klinik der Zostererkrankung im höheren Alter. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 22, H. 2/3, S. 171.

255. *Schmidt, K. E.*, Die paroxysmale Lähmung (Myoplegia paroxysmalis congenita). Berlin, Jul. Springer. 56 S. — 6,80 M.

256. *Schminke, Alexander* (München), Über multiple Narbenbildung in der Großhirnrinde, kombiniert mit fibröser Leptomeningitis und Pachymeningitis bei einem 5 Monate alten Kinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 51, H. 4/5, S. 281. (S. 146*.)

257. *Schmitt, Hans* (München), Die Tabespsychose. Übersichtsreferat. Med. Klin. Nr. 47, S. 1206.

258. *Schneider, Erich* (Frankfurt a. M.), Beitrag zur Kenntnis der Degenerationsform der Treponema pallidum. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, H. 1/5, S. 294.

259. *Schott* (Stetten i. R.), Aszendierende Myelitis oder Hysterie? D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 3/4, S. 133.

260. *Schürmeyer, Ernst*, Zur Ätiologie und Symptomatologie der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Kiel.

261. *Schultze, E.* (Göttingen), Enzephalitis lethargica. Demonstration. Sitzungsber. v. 16. V. 19. Berl. klin. Wschr. Nr. 46, S. 1102.

262. *Schultze, Friedrich* (Bonn), Über familiäre Ataxie („hereditäre Ataxie") mit fortschreitendem Schwachsinn, nebst einer Mitteilung über multiple Sklerose bei Geschwistern. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, H. 5/6. (S. 121*.)

263. *Stark, H.* (Freiburg i. B.), Über Pachymeningitis haemorrhagica. Vortrag, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. V.—1. VI. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 440.

264. *Steiner, Gabriel* (Straßburg i. E.), Über experimentelle multiple Sklerose. Vortragsber.: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 17, H. 5, S. 491. (S. 121*.)

265. *Stern, A.* (Charlottenburg), Über Poliomyelitis im Heere. Deutsche med. Wschr. Nr. 2, S. 40.

266. *Sternberg, Edith*, Über den Einfluß des Kriegsdienstes auf Eintritt und Verlauf der Paralyse. Inaug.-Diss. Berlin.

267. *Straßmann, Georg* (Berlin), Plötzlicher Tod, verursacht durch eine unerkannt gebliebene Gehirngeschwulst (Endotheliom des linken Stirnlappens). Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15, S. 157.

268. *Derselbe*, Unerkannt gebliebener schwerer Schädelbruch bei einem Alkoholisten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23, S. 245.

269. *Strümpell, A.* (Leipzig), Über *Wilson*sche Krankheit. Vortrag, 21. Vers.

mitteld. Psych. u. Neurol., Leipzig, 27. X. 18. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 245.

270. *Stühmer, A.* (Magdeburg), Die Hirnschwellung nach Salvarsan. Wege zu ihrer Vermeidung und therapeutischen Beeinflussung. Münch. med. Wschr. Nr. 4, S. 96.

271. *Tacconi, L.* Sovra un caso di encefalite letargica. Gazetta di ospedale vol. 40, p. 364.

272. *Tasche, Wilhelm*, Über Spina bifida occulta. Inaug.-Diss. Berlin.

273. *Török, Sarah* (Budapest), Über ein echtes *Pick*sches Bündel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 46, H. 1, S. 124.

274. *Tucker, B. R.*, Epidemic encephalitis lethargica, or epidemic somnolence, or epidemic cerebritis, with a report of two cases. Journ. of Americ. med. Ass. vol. 72, p. 1448.

275. *Tumbelaca, R.*, *Redlich-Alzheimer*sche Krankheit. Doktordiss. Utrecht. 104 S.

276. Umfrage über Verlaufseigentümlichkeiten organischer Nervenkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Beantwortet von *Hoche*-Freiburg, *Oppenheimer*-Berlin, *Gaupp*-Tübingen, *P. Schröder*-Greifswald, *Henneberg*-Berlin, *His*-Berlin, *Curschmann*-Rostock, *Westphal*- Bonn, *Specht*-Erlangen, *Ottfried Müller*-Tübingen, *E. Meyer*-Königsberg, *Sommer*-Gießen, *Schuster*-Berlin.

277. *Vaternahm, Th.*, Zur Differentialdiagnose des Turmschädels. Med. Klin. Nr. 35, S. 870.

278. *Vogt, Cécile* u. *Oskar*, Allgemeine Ergebnisse neuerer Hirnforschung 1—4. Mitteil. Mit 141 Textabb. u. 5 Taf. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 25, Ergänzungsh. 1, S. 277. Referat *Max Bielschowsky*: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 19, H. 4/5, S. 265.

279. *Voß, G.* (Düsseldorf), Untersuchungen über die geistige Leistungsfähigkeit der Schädel-Hirnverletzten mit *Kraepelin*s Methode der fortlaufenden Additionen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 3, S. 265. (S. 143*.)

280. *Wagner, Josef* (Wien), Vergleichende anatomische Studien über die Kerne der Hirnschenkelschlinge. Arb. a. d. Neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 22, H. 2/3, S. 123.

281. *Waitzfelder, Walter*, Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Inaug.-Diss. Kiel.

282. *Walter, F. K.* (Rostock), Untersuchungen über die Permeabilität der Meningen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 47, H. 4/5. S. 380. (S. 123*.)

283. *Wassermeyer, Max* (Bonn), Über einen Fall von eigenartigen, rezidivierenden vasomotorischen Störungen nach Commotio cerebri. Neurol. Ztlbl. Nr. 12, S. 391. (S. 143*.)

284. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Die Therapie der Paraylse. Arch. f. Psych. Bd. 61. H. 1, S. 132. (S. 132*.)



285. *Derselbe*, Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylatpräparate in der Paralytikertherapie (vgl. Wschr. Nr. 44, 1918) und weitere therapeutische Versuche bei Paralyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 357.
286. *Weichbrodt* u. *Gelb* (Frankfurt a. M.), Die *Bériel*sche Hirnpunktion. Neurol. Ztlbl. Nr. 3, S. 93. (S. 122*.)
287. *Weichbrodt*, *R.* u. *Jahnel*, *F.* (Frankfurt a. M.), Einfluß höherer Körpertemperaturen auf die Spirochäten und Krankheitserscheinungen der Syphilis im Tierexperiment. Deutsche med. Wschr. Nr. 24. S. 483. (S. 131*.)
288. *Wertheim-Salomonson*, *J. K. A.*, Hirnerweichung und Hirnblutung vor und nach der Rationierung. Need. Tijdschr. voor geneesk. vol. 63 (I), p. 1941.
289. *Wesemann*, *Heinrich* (Donop), Zur Lehre von der juvenilen Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel, 23 S.
290. *Westphal*, *A.* (Bonn), Über doppelseitige Athetose und verwandte Zustände („striäres Syndrom"). Ein Beitrag zur Lehre von den Linsenkernerkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 361. (S. 124*.)
291. *Derselbe*, Über eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen (Corpora amylacea) bei einem Falle von Myoclonus-Epilepsie. (Vorläufige Mitteilung.) Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 769. (S. 147*.)
292. *Wexburg*, *Erwin* (Wien), Kriegsverletzungen der peripheren Nerven. Kritisches Sammelreferat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 18, H. 4/5, S. 257.
293. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Über Hydrozephalie. Vortrag, Verein nordwestd. Psych. u. Neurologen, Rostock-Gehlsheim, 27. VI. 19. Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 257.
294. *Widmann*, *Nikolaus*, Das Krankheitsbild der amnestischen Aphasie mit Alexie, Agraphie und schweren Spuren von Ataxie. Beiträge zur Kindesforschung und Heilerziehung H. 153. Langensalza.
295. *van Wijhe*, *S. J.*, Encephalitis lethargica oder Grippeenzephalitis? Need. Tijdschr. voor geneesk vol. 63 (I), p. 1673.
296. *Winkler*, *C.*, Anatomie du système nerveux. I. part. (Opera omnia tom. VI.) Haarlem, De Erven F. Bohn. 1918. 435 S. — 11,50 Fr.
297. *Wohlwill*, *Friedrich* (Hamburg), Organische Nervenkrankheiten und Krieg (Ergebnisse). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u E.-Bd. 16, H. 1/2, S. 1.

Hauptmann (87) bespricht das Für und Wider einer parasitären Ursache der multiplen Sklerose. Er spricht sich, obwohl manche Fragen noch der Klärung bedürfen, und ein exakter Beweis für eine parasitäre Ursache bisher nicht gelungen ist, aus klinischen, pathologisch-anatomischen und experimentellen Gründen für eine solche aus.



Baumm (7) beschreibt zwei Fälle mit Erkrankung des Zentralnervensystems, deren einer sich im Anschluß an Wundrose entwickelte, während dem andern wahrscheinlich eine subakut verlaufende Ruhr voranging. Verf. nimmt in beiden Fällen das Bestehen einer chronischen disseminierten Enzephalitis an; er bespricht namentlich die Differentialdiagnose gegenüber der multiplen Sklerose, die er nicht ganz auszuschließen vermochte.

Steiner (264) berichtet über einen Affen (Macacus rhesus), bei dem nach Impfung mit 1 ccm Liquor nach längerer Latenzzeit ein Krankheitsbild auftrat das sich klinisch wie pathologisch-anatomisch gut mit der menschlichen multiplen Sklerose gleichstellen ließ. Insbesondere ließen sich histopathologisch die beim Affen gefundenen unregelmäßig verteilten Herde nicht von denen der menschlichen multiplen Sklerose unterscheiden. Verf. hält eine zwingende Beweisführung auf Grund dieses einen Falles noch nicht für möglich.

Schultze (262) teilt zunächst die Krankengeschichten zweier Geschwister mit familialer Ataxie mit; zwei andere Geschwister der Patienten waren schon früher an der gleichen Krankheit gestorben. Ferner gibt er kurz die Krankengeschichte zweier wahrscheinlich an multipler Sklerose erkrankten Geschwister und bespricht im Anschluß daran Diagnose, anatomische Grundlage, Ätiologie, Pathogenese und Ursache des Fortschreitens der ersterwähnten Krankheit. Ein kurzes Kapitel widmet er noch dem sog. *Friedreich*schen Fuße.

Rohardt (218) bestätigt an der Hand von 5 Fällen von Kleinhirntumoren, 1 Kleinhirnabszeß und 2 extrazerebellaren Tumoren (Tumor des rechten Schläfenlappens und des linken Thalamus opticus) die Richtigkeit der *Bárány*schen Anschauungen sowohl hinsichtlich seiner Theorie von im Gleichgewicht befindlichen Richtungs- und Tonuszentren als auch der ungefähren Lage der von *Bárány* angegebenen Arm- und Beinzentren. Er kommt ferner zu dem Ergebnis, daß die Fallreaktionen an die medialen Partien des Kleinhirns, wahrscheinlich an den Wurm gebunden seien, und daß die spontanen Fehlbewegungen erst durch Prüfung der Reaktionsbewegungen lokaldiagnostischen Wert gewinnen. Zur Erklärung der atypischen Reaktionen nimmt er an, daß das Tonuszentrum in 2 Teile und somit auch der Tonus selbst in 2 Komponente, eine vestibuläre und eine sensible zerfällt. Der Ausfall des einen Teiles würde den Tonus des andern Zentrums zum Überwiegen bringen und zum Abweichen des Armes, Beines oder Rumpfes nach der Seite des betroffenen Zentrums führen.

Brouwer (29) beschreibt zwei Fälle von chronischer diffuser Kleinhirnerkrankung mit toxischer Ätiologie in höherem Lebensalter. Der eine von ihnen war histologisch charakterisiert durch den Ausfall der *Purkinje*schen Zellen und beweist, daß reine Fälle vom zentrifugalen Degenerationstypus im Sinne *Bielschowsky*s tatsächlich vorkommen. Der zweite war mit einer angeborenen Abduzenslähmung kombiniert.

Schilder (251) beobachtete in 4 Fällen von Kleinhirnerkrankung die Erscheinung der vorzeitigen Bewegungsbremsung (Bradyteleokinese). Diese besteht in einem Zum-Abschluß-kommen einer Bewegung vor Erreichung des Zieles. Die Störung tritt sowohl bei langsamer als auch bei schneller Bewegung auf; die Be-

wegung wird langsamer, hört ganz auf, und es ist erst ein zweiter Impuls nötig, um die Bewegung zum Ziele fortzuleiten; sie gewinnt so ein sakkadiertes Aussehen. Die Störung ist unabhängig von der Richtung, von Paresen, Sensibilitätsstörungen usw. Auch bei optischer Direktion tritt sie ebenso auf wie ohne eine solche. Verf. ist geneigt, dieses Symptom auf eine Erkrankung des Kleinhirns zu beziehen, wobei er spezell auch an die Bindearme denkt. Funktionell vergleicht er es mit der Dysmetrie *Babinsykis* und dem Intentionstremor und meint, daß in ihnen eine Hyperfunktion, Afunktion und Dysfunktion desselben Apparates erblickt werden könne.

Söderbergh (236) hat *Schilders* Bradyteleokinese schon 1909 gesehen und beschrieben. Damals wurde es außer bei zwei Kleinhirnerkrankungen auch bei einem Myxödemkranken gefunden.

Weichbrodt u. *Gelb* (286) haben die *Bériel*sche Hirnpunktion an Paralytikern ausgeführt. Trotz ihrer relativen Einfachheit ziehen sie wegen der damit öfters verbundenen Blutungen in der Umgebung des Augapfels die *Neisser-Pollack*sche Hirnpunktion vor.

Mendel u. *Selberg* (153) haben einen Fall mit Pachymenigitis dorsalis hypertrophica beobachtet, bei dem die schwielig verdickte und mit der Pia und dem Rückenmark fest verwachsene Dura als extramedullärer Tumor wirkte und die Diagnose eines Tumors in Höhe des 11. Dorsalsegments veranlaßte. Durch die operative Entfernung der Schwarte wurde das Krankheitsbild nicht gebessert, so daß anzunehmen ist, daß der Krankheitsprozeß, dessen Ätiologie übrigens unklar blieb, sich ins Rückenmark fortgesetzt hatte.

Karplus (126) berichtet über seine Erfahrungen über organische Nervenkrankheiten bei Kriegsteilnehmern, insbesondere über die multiple Sklerose, die Polyneuritis und die Tabes. Eine Erschöpfungs- oder eine neurasthenische Polyneuritis lehnt er ab. Einige wenige Fälle von multipler Sklerose traten im Anschluß an eine Granatkontusion auf, eine Verschlechterung der schon früher ausgebrochenen Erkrankung durch Strapazen usw. sah Verf. ebenso wie bei der Tabes, des öfteren. Übermäßige Inanspruchnahme als auslösendes Moment der Tabes bei einem bis dahin gesunden Nervensystem lehnt er ab.

Finkelnburg (56) lehnt die Entstehung einer Arteriosklerose durch mechanische Gewalteinwirkung als nicht erwiesen und ganz unwahrscheinlich ab. Die Entwicklung einer vorzeitigen Arteriosklerose durch traumatisch ausgelöste nervöse Herzgefäßstörungen gehört zu den allerseltensten Vorkommnissen. Anzunehmen ist sie nur wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: 1. Fehlen der Arteriosklerose vor und gleich nach dem Unfall, 2. Fehlen anderer ätiologisch in Betracht kommender Faktoren wie Alkoholismus, Lues usw., 3. der Kranke darf noch nicht im eigentlichen Arteriosklerosealter stehen, 4. die nervösen Herzgefäßstörungen müssen erheblicher Art sein, 5. die Entwicklung der Arteriosklerose muß sich in 1—2 Jahren vollziehen, nur in jugendlichem Alter darf der Zeitraum etwas länger sein. Die Entstehung einer Arteriosklerose durch chemische Vergiftungen, Verbrennungen, Starkstromverletzungen und akute oder chronische Prozesse im Anschluß an Traumen ist durch klinische Beobachtungen nicht erwiesen.



Kafka (124) empfiehlt zur Stützung der Diagnose der infektiösen nichtluischen Meningitis die Hämolysin- und die Kolloidreaktionen, ferner die Reaktionen nach *Braun* und *Husler*, schließlich die Fibringlobulin- und modifizierte Ninhydrinreaktion.

Walter (282) hat den Liquor cerebrospinalis auf seinen Bromgehalt nach Bromnatriumgaben von meist 4% pro die untersucht. Er verwendete dazu Goldchlorid und die Reaktion nach *Guereschi*. Ersteres gestattet den Nachweis von Bromnatrium noch bei einer Verdünnung von 1 : 5000, letztere sogar — freilich nur bei tadellos frischen Reagentien bei 1 : 10 000. Meist ließ sich das Brom nach 4 Tagen zuerst nachweisen. Bei einer Patientin mit Liquorfistel konnte Verf. täglich die Reaktion vornehmen. Nachdem an 5 Tagen im ganzen 18,0 Br Na gegeben waren, verschwand die Reaktion erst am 13. Tage nach dem Aussetzen der Medikation. Der Nachweis von Jodkali dagegen gelang bei 3 Wochen langer Darreichung von 3,0 Jodkali nur einmal.

Jürgens (121) beschreibt zwei Fälle von multiplen Exostosen (Vater und Sohn); er nimmt eine endogene Ursache an und betont namentlich die Heredität der Erkrankung.

Curschmann (43) bespricht zunächst an der Hand zweier ausführlich angeführter Fälle die Symptomatologie der myasthenischen Paralyse. Besonders bemerkenswert waren in beiden Fällen die Dauerlähmungen, die das Facialisgebiet, die Muskeln des Schulter- und Beckengürtels sowie die Mm. erectores cervicis et trunci betrafen; nur myasthenisch dagegen, d. h. nach wirklicher Ausgeruhtheit auf kurze Zeit wieder normaler Bewegungsexkursion und leidlicher Kraft fähig, waren alle äußeren Augenmuskeln, die Muskeln des Sprech-, Kau- und Schluckaktes, sämtliche Muskeln der Unterarme, Hände, Unterschenkel und Füße. Dabei fällt auf, daß der Verteilungsmodus der Dauerlähmung die Prädilektionsmuskeln des Muskelschwundes der progressiven Muskeldystrophie (*Erb*), und zwar des infantilen Typs, betrifft. Verf. wirft daher die Frage auf, ob Beziehungen zwischen der myasthenischen Paralyse und der progressiven Muskeldystrophie und etwa partiellen Muskelatrophien — ein Teil der gelähmten Muskeln war geschwunden und zwar war die elektrische Erregbarkeit quantitativ herabgesetzt, aber nicht qualitativ verändert — bestehen. Er kommt unter Heranziehung der in der Literatur veröffentlichten Fälle zur Aufstellung eines Übergangstypus, der „amyotrophischen oder dystrophischen Megasthenie". Die Ätiologie dieser Erkrankungen liegt noch ganz im Dunklen, selbst wenn man eine endokrine Störung annehmen will, was bei der wahrscheinlichen Thymuspersistenz und der Schilddrüsenvergrößerung in den beiden angeführten Fällen nahe liegt. Verf. führt dann noch 3 Fälle von isolierter Ophthalmoplegie an, deren einer mit Schluck- und Gehstörungen verknüpft war. Ob diese Fälle in das Gebiet der myasthenischen Erkrankungen zu rechnen sind, erschien zwar wahrscheinlich, doch nicht ganz sicher. Auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten wird hierbei besonders hingewiesen.

Kastan (129) gibt in sehr ausführlicher Weise die Krankengeschichte eines Patienten wieder, der während seiner Militärzeit psychisch erkrankt war. Die Diagnose lautete anfangs „Dementia praecox" oder auch hysterischer Dämmerzustand.





Erst nach Jahren machten sich die Zeichen einer organischen Erkrankung deutlicher bemerkbar; während anfangs nur Speichelfluß und Schriftstörungen auf körperlichem Gebiete vorhanden waren, traten später — nach 6 Jahren — Kontrakturen und erhöhte Rigidität der Muskeln auf. Psychisch zeigte sich eine allmähliche intellektuelle und emotionelle Abschwächung. Verf. stellte trotz des Fehlens einiger wichtiger Zeichen die Diagnose einer Pseudosklerose. Im Anschluß daran beschreibt er noch zwei Fälle derselben Erkrankung ganz kurz; bei dem letzten lag auch das Sektionsprotokoll vor.

Bing (16). Die 4. Auflage des Buches weist nur wenige Änderungen gegen über der dritten auf. Die schnelle Folge im Erscheinen der einzelnen Auflagen beweist mehr als alle Worte das Bedürfnis für ein solches Buch. Die Darstellung ist auch vom didaktischen Standpunkt aus ausgezeichnet. Einzelheiten werden zugunsten des Wichtigen vernachlässigt, das Wichtige aber so dargestellt, daß der Leser die topisch-diagnostischen Gedankengänge mit verfolgen muß. Wünschenswert wäre vielleicht noch die Angabe der wichtigsten Literatur.

Friedländer (62) berichtet über einen Psychopathen mit einer autosuggestiven, über einen Zeitraum von 16 Monaten reichenden retrograden Amnesie, die er als unterbewußte Simulation (Verdrängungserscheinung) scharf von der *ober*bewußten Simulation getrennt wissen will.

Westphal (290) bespricht ausführlich drei Fälle, die den amyostatischen Symptomenkomplex *Strümpells* angehören. Fall 1 ist ein 43 jähriger Arbeiter mit Schanker in der Anamnese. Die Haupterscheinung sind langsame, drehende Bewegungen von athetotischem Charakter, die zuerst links, später auch rechts, und zwar stärker in den proximalen Gelenken, auftraten. Daneben bestanden geringe Pyramidensymptome links und Herabsetzung des Gedächtnisses, besonders der Merkfähigkeit. Sektion: Neben Veränderungen der Frontal- und der Zentralwindungen bestanden namentlich solche des Linsenkerns. Beginnende Leberzirrhose.

Fall 2: 65 jähriger Schlosser mit Lues, reflektorischer Pupillenstarre, Wassermann im Blut +, im Liquor —, Nonne-Apelt leicht +, leichte Lymphozytose. Starrer, maskenartiger Gesichtsausdruck, Retropulsion. Steife Körperhaltung. Bewegungen erschwert, Speichelfluß. Sektion: Im dorsalen Teile des r. Putamens Substanzverlust. Ätiologisch sind in diesen beiden Fällen die Beziehungen zur Syphilis interessant. Der dritte Fall, der jetzt in Besserung begriffen ist, betrifft ein 24 jähriges stark belastetes Mädchen. Die Erkrankung begann hier mit einem stuporösen Zustande und Schnauzkrampf, dem sich dann athetotische Bewegungen Torsionsspasmus und Erscheinungen, die an Paralysis agitans erinnern, anschlossen. Auch hier entsprechen die motorischen Erscheinungen in allen wesentlichen Punkten dem amyostatischen Symptomenkomplex *Strümpells*.

v. Economo (51) berichtet über einen chronisch verlaufenen Fall von Encephalitis lethargica, bei dem nach dem Abklingen der ersten akuten Erscheinungen Perioden relativen Wohlbefindens und motorischer Ruhe mit Monaten athetotischer Unruhe abwechselten. Auch die vorhandenen Schluckstörungen schwankten in ihrer Intensität, nahmen jedoch im allgemeinen schubweise zu. Pathologisch-



anatomisch fanden sich neben ausgedehnten Resten einer abgelaufenen Polioenzephalitis vereinzelte frische Erkrankungsherde. Verf. polemisiert gegen die Auffassung, daß die Grippe die Ursache der Enc. leth. sei. Die erste Enzephalitisepidemie trat in Wien schon vor der Grippe auf; während der Grippeepidemie kam kein Fall von Enc. leth. vor. Ferner spricht gegen diese Auffassung der anatomische Befund und der klinische Verlauf; alles das läßt vermuten, daß es sich um eine eigenartige Erkrankung handelt.

Naef (164) gibt eine eingehende Symptomatologie der von ihm beobachteten Fälle. Die Art des Krankheitsbildes war sehr verschieden, manche Fälle zeigten die Symptome eines Kleinhirntumors, andere waren der Tabes sehr ähnlich. Bezüglich der Ätiologie meint der Verf. die meist voraufgegangene Grippe (im Gegensatz zu *v. Economo*) verantwortlich machen zu müssen.

Nonne (175) bespricht zunächst die Symptome von 14 von ihm beobachteten Enzephalitisfällen und vergleicht sie namentlich mit den Kieler Fällen (*Siemerling, Reinhart*); er weist besonders darauf hin, daß isolierte Pupillenstarre die Folge einer Enzephalitis sein könne. Die Ätiologie und die pathologische Anatomie der Erkrankungen wird gestreift. Eine besondere Besprechung erfahren die extrapyramidalen motorischen Funktionsstörungen und die Frage nach der Lokalisation des Schlafzentrums. Der Tonus der Muskulatur war erhöht; es bestand ausgesprochene Bewegungsarmut; die Glieder behielten die ihnen gegebene Stellung so lange bei, wie es die Schwere zuließ: „Dauerstellungen für eine Zeitlang" (*von Strümpell*). Es besteht eine gewisse Verwandtschaft in nicht unwesentlichen Punkten mit der Athetose, bestimmten Formen von Chorea und Paralysis agitans mit und ohne Agitation. Am besten ausgeprägt ist der amyostatische Symptomenkomplex ohne Pyramidensymptome bei der Pseudosklerose. Für die dortigen motorischen Störungen ist die Erkrankung des Linsenkernes und der großen Stammganglien verantwortlich zu machen. Die jetzigen Erkrankungen zeigen, „daß auch akute Entzündungsprozesse in den Stammganglien zum amyostatischen Symptomenkomplex führen können". Auch die Blasenstörungen hängen damit wahrscheinlich zusammen. Bezüglich der Lokalisation des Schlafes schließt sich Verf. auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen *Trömner* und *Mauthner* an, die im Thalamus opticus bzw. dem Boden des 3. Ventrikels und des zentralen Höhlengraus den Ort für die Schlaffunktion sehen.

Reinhart (210) sah 8 sichere Fälle von Enzephalitis, deren Symptome er kurz beschreibt. Im Gegensatz zu *Nonne* sah er meist Fieber von unbestimmtem Typ, der Liquor cerebrospinalis zeigte, wie auch bei den übrigen Autoren, keine ausgesprochenen Veränderungen, die Wa.R. war stets negativ. Die Hauptlokalisation der anatomischen Veränderungen war das zentrale Höhlengrau des dritten und vierten Ventrikels. *R.* glaubt ebenfalls, daß die Enc. lethargica einen Stützpunkt für die *Mauthner*sche und *Trömner*sche Erklärung des physiologischen Schlafes bilde.

*Siemerling*s (229) Fälle zeichnen sich durch die bei ihnen beobachteten psychischen Störungen aus. Es fanden sich Stimmungsanomalien bis zum Taedium vitae, Erregung mit Schreien, Singen, Brüllen und Halluzinationen. Einmal lag

zunächst der Verdacht einer Hysterie sehr nahe, ein anderes Mal sah die Erkrankung einer Chorea sehr ähnlich. Neben den erwähnten Symptomen wurden ferner mehrfach Krämpfe beobachtet, einmal beherrschten Trismus und Schluckstörungen das Bild bis zum Tode.

Speidel (238) betrachtet die Enzephalitis als eine Komplikation der Grippe und das von *v. Economo* näher gezeichnete Bild der Enc. lethargica nur als Unterform der Grippeenzephalitis. Er unterscheidet: 1. die gewöhnliche unkomplizierte Form; 2. die Enz. mit Schlafsucht; 3. die Enz. mit Starre und 4. die Enz. mit psychischen Störungen.

Bezüglich der Ätiologie hat sich bisher noch keine völlige Klarheit ergeben. Die meisten der erwähnten Autoren ziehen zwar die Grippe als mögliche Ursache heran, äußern sich jedoch skeptisch. *v. Economo* glaubt in dem von *v. Wiesner* nachgewiesenen Streptococcus pleomorphus den Erreger zu sehen, glaubt aber selbst einen gewissen Zusammenhang mit der Grippe nicht ganz in Abrede stellen zu dürfen; er denkt dabei an eine Misch- oder Pfropfinfektion oder auch eine Art von Generationswechsel. Diese Fragen harren jedoch noch der Lösung.

Eine ganze Reihe von Veröffentlichungen betreffen die Tumoren des Gehirns.

Groß (77) bespricht die Symptome der Balkentumoren und beschreibt im Anschluß daran einen Fall davon: Der Kranke, 1863 geboren, klagte seit etwa einem Jahre über leichtes Stechen in der Schläfengegend und Schwindelanfälle; er wurde allmählich teilnahmlos, verwirrt, erregt; das Sehvermögen war stark geschwächt; die Pupillen waren stark verzogen, die Lichtreflexe träge und unausgiebig, besonders rechts. Stauunsgpapille beiderseits. Kniephänomene beiderseits sehr schwach. Sensibilität und Koordination waren nicht zu prüfen. Die Sektion ergab ein großes, stark nekrotisiertes Gliom des Balkens rechts, das auf beide, besonders den linken Hinterhauptslappen, und das linke Centrum semiovale übergriff.

Henneberg (92) konnte im l. Stirnhirn ein Konglomerat von 12 bohnen- bis walnußgroßen Abszessen beobachten. Am lebenden Patienten war die Diagnose nicht gestellt, weil lokale Symptome, insbesondere aphasische, nicht vorlagen: vielmehr schienen Paresen der Hirnnerven für einen basalen Tumor oder Tumor der Brücke zu sprechen. Der Abszeß ging wahrscheinlich von einer alten Eiteransammlung auf dem rechten Scheitelbein aus.

Henschen (96) gibt eine statistische Zusammenstellung von 78 Temporalabszessen der linken Seite, von denen 70 mit aphasischen Störungen kompliziert waren. Am häufigsten — 46 mal — war amnestische Aphasie vorhanden, was im Zusammenhange mit dem gewöhnlichen Beginn der Abszesse in der 3. Temporalewindung auf eine Läsion des letzteren hinzuweisen scheint. Selbst bei weitgehender Zerstörung des linken Temporallappens sind die Sprachstörungen jedoch manchmal auffallend gering. Anscheinend kann ein Teil der Funktionen von der rechten Seite unternommen werden. Bei ausgedehnten Erweichungen werden die Assoziationsbündel in der Regel völlig zerstört, während sie bei den Abszessen öfters nur zur Seite gedrängt werden. Daher findet man bei den Erweichungen häufiger als bei den Abszessen eine völlige Worttaubheit. Verf. fand außerdem 21 mal Worttaubheit, 25 mal Paraphasie, 9 mal Störungen des Nachsprechens, 35 mal Aphemie.



15 mal Wortblindheit, 14 mal Agraphie vermerkt. Er vermißt bei den meisten Veröffentlichungen genauere Untersuchungen und gute Sektionen.

Hoffmann (104) berichtet über die Erkrankung zweier Brüder an einem Gliom. Bei dem älteren, der mit 30 Jahren starb, nahm die Geschwulst den linken Gyrus hippocampi und occipitotemporalis ein und reichte bis zur Hälfte des Schläfenlappens; bei dem jüngeren, der mit 48 Jahren erkrankte, beschränkte sie sich auf den rechten Hippocampus und den Gyrus hippocampi. Aus der Literatur führt Verf. zwei ähnliche Fälle an. Der Vater der beiden Brüder starb mit 74 Jahren am Schlag; er litt an Spätepilepsie. Es ist anzunehmen, daß die vererbte Anlage hier ein wesentliches Moment gewesen ist. Irgendeine andere Ursache ließ sich nicht feststellen. Für die Vererbung von der Seite des Vaters sprach auch eine auffallende körperliche Ähnlichkeit der beiden Brüder mit dem Vater.

Jepsen (117) beschreibt einen Fall von infiltrativ wachsendem Sarkom des Centrum semiovale. Die Erkrankung begann mit einem Schwindelanfall, dem Charakterveränderungen, Kopfschmerzen, taumelnder Gang und leichte Lähmungs erscheinungen folgten. Es fand sich: Klopfempfindlichkeit über dem rechten Scheitelbein; der Bauchdeckenreflex links fehlte; Babinski links +, Ataxie links, Anästhesie und Analgesie am ganzen linken Bein, Parese des linken Beines, starker Romberg, Unerregbarkeit des rechten Vestibularis.

Die Sektion ergab einen Tumor von 6 cm Breite und 4 cm Höhe im oberen Teil des Centrum semiovale nach außen direkt in der Balkenstrahlung. Er reichte nach vorn bis in die Gegend der vordern Kommissur, nach hinten bis weit in den Okzipitallappen. Mikroskopisch: anscheinend kolloid entartetes Sarkom.

Martens (152) sah ein Gliom des rechten Streifenhügels. Krämpfe, ganz leichte Sprachstörungen — erschwerte Wortfindung und verwaschene Sprache —, verlangsamte Auffassung, Demenz waren die Hauptsymptome. Daneben bestanden auf körperlichem Gebiete gesteigerte Reflexe der oberen Extremitäten, r. > l. und gesteigerte Kniesehnenreflexe. Bei der Lumbalpunktion erhöhter Druck (250 mm), leichte Opaleszenz bei der Globulinprobe.

Nonne (171) sah bei einem 65jährigen General mit primärem Lungenkarzinom das Bild einer fast kompletten Myelitis dorsalis transversa sich entwickeln. Das Kompressionssyndrom war vorhanden Bei der Sektion fanden sich außer dem Lungenkarzinom zahlreiche Metastasen, auch in verschiedenen Wirbelkörpern, namentlich im 8.—10. Dorsalwirbel; am Rückenmark selbst, an seinen Häuten und im Kanal fanden sich keine Metastasen. Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab eine Erkrankung der faserigen und protoplasmatischen Glia im unteren Dorsal- und oberen Lendenmark und eine Erkrankung der Ganglienzellen in den Vorderhörnern. In der Ausdehnung der herdförmigen Erkrankung der Glia nahm die gesamte weiße und graue Substanz die Markscheidenfärbung nicht an. Verf. sieht in den Rückenmarksveränderungen den Ausdruck einer toxischen Erkrankung auf der Grundlage des Karzinoms.

Perthes (183) berichtet über die Entfernung eines Sarkoms aus dem linken Seitenventrikel des Cerebrum. Die Geschwulst hatte die Hirnrinde durchbrochen und lag frei sichtbar unter der Dura; sie konnte dann bis in den Seitenventrikel



hinein verfolgt und abgebunden werden. Die Symptome — Hemianopsie, Ataxie, Schwerbesinnlichkeit — bildeten sich langsam zum größten Teil zurück.

Schirren (252) berichtet über einen 60 jährigen Mann, bei dem ohne Zeichen von Arteriosklerose aphasische Störungen auftraten. Dazu gesellten sich im Verlauf der Erkrankung Kopfschmerzen sowie eine spastische Parese der ganzen rechten Körperhälfte. Stauungspapille fehlte. Der Druck der Lumbalflüssigkeit, die stark vermehrten Eiweißzerfall und schwache Lymphozytose zeigte, betrug 330 n. J. Der Puls war von normaler, zuweilen erhöhter Frequenz. Differentialdiagnostisch bestanden Zweifel, ob ein Tumor oder eine Enzephalomalazie vorliege. Die Sektion ergab einen hühnereigroßen, zystisch zerfallenen Tumor im Mark des linken Schläfenlappens.

Singelmann (230) berichtet über einen Tumor des r. Schläfenlappens; es bestanden epileptische Anfälle, zunehmende Vergeßlichkeit, zeitweise läppisches Wesen, Neigung zum Lachen und Scherzen. Örtliche Symptome machten sich nicht bemerkbar. Mikroskopisch: Rundzellensarkom.

Oppenheim (180) berichtet über einen Fall von multipler Geschwulstbildung, bei dem es ihm gelang, beide Herde in vivo zu lokalisieren. Es handelte sich um einen 30 jährigen Mann, der früher an Lungen- und Drüsentuberkulose gelitten hatte und nun mit *Jackson*schen Krämpfen, die vom l. Arm ausgingen, und unter allgemeinen Hirndruckerscheinungen erkrankte. Status, 3/4 Jahre nach der Erkrankung: „Beiderseits Stauungspapille, Sehschwäche, leichte Parese der r. Fazialis und Hypoglossus, leichte amnestische Aphasie und Paraphasie; außerdem geringe Schwäche und noch geringere Empfindungsstörung im l. Arm (weniger im Bein), und besonders auffällige Beeinträchtigung des Tasterkennens in der l. Hand, Abschwächung der Bauchreflexe links. Zeitweilig Benommenheit. Diagnose: Zwei Herderkrankungen (Tuberkel?), die eine im Bereich der r. Zentroparietalregion, die andere im Umkreise des Sprachzentrums bzw. l. Schläfenlappens. Zwei Monate später Enukleation eines haselnußgroßen Solitärtuberkels aus der r. Zentroparietalregion. Danach langsam sich bessernde pseudobulbäre Erscheinungen. Exitus nach der zweiten Operation. Bei der Obduktion an der ersten Operationsstelle Narbenbildung, sonst nihil; außerdem Solitärtuberkel im Bereich des l. Temporallappens, des Thalamus opticus und des Hirnschenkels.

Verf. bespricht im Anschluß hieran die Frage der Tastlähmung, die durch *Strümpells* Kritik wieder akut geworden ist, und führt eine Beobachtung an, wo Stereoagnosis bestand bei erhaltener Berührungs- und Druckempfindung, bei gutem Lokalisationsvermögen, kinästhetischem Empfinden, erhaltenem Schmerzgefühl und Raumsinn.

Verf. geht dann noch auf die Tumoren ein, die in der Gegend des Lobulus paracentralis ihren Sitz haben, berichtet über einen derartigen Fall — Fibrosarkom beider Parazentralläppchen, das nach vorn bis in die hinteren Partien der Lobi frontales, nach hinten in nahezu symmetrischer Ausbreitung sich in die Scheitellappen erstreckt und mit der Dura fest verwachsen war —, und berichtet schließlich über einen Fall, in dem er mehrfache Herde annahm.

Kafka (123) setzt sich mit *Hauptmanns* Ansichten bezüglich des Einflusses



xogener Momente bei der Entstehung und im Verlauf der Paralyse auseinander. r glaubt, daß dieser Einfluß für die Entstehung der Nervenlues nicht gleichgültig ei; in Fällen ausgesprochener Paralyse sei er geringer, aber doch nachweisbar. r hält ferner die genauere fortlaufende Untersuchung des Lumbalpunktats im ekundärstadium der Lues für notwendig.

Kühne (142) kommt auf Grund einer sehr zahlreichen Literatur zu dem E…bnis, daß außer dem syphilitischen Virus ein endogener Faktor, eine angeorene oder erworbene Disposition, die sich in der herabgesetzten Durchlässigkeit er Gefäße des Plexus chorioideus, in Veränderungen der Pia infolge Frühmeningitis, n der Herabsetzung der Abwehrkräfte des Körpers äußern kann, an der Entstehung ler Paralyse beteiligt sein muß. Exogene Schädlichkeiten sind für die Entstehung ler Paralyse nicht notwendig, können aber den endogenen Faktor ersetzen. Als xogene Momente können jedoch in dieser Hinsicht nur solche Schädigungen gelten, lie erfahrungsgemäß einen nachteiligen Einfluß auf das Gehirn ausüben. In solchen Fällen muß ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden, auch wenn die eitlichen Verhältnisse nicht dafür zu sprechen scheinen. Unfälle, die nicht auf las Gehirn einwirken, können die endogene Disposition dagegen nicht ersetzen. Das zeitliche Moment soll keine besondere Rolle spielen, d. h. es ist ziemlich gleichgültig, ob sich die Paralyse bald nach dem Unfall entwickelt oder erst nach einem ängeren Zeitraum manifest wird.

Knepper (138) verlangt im Gegensatze hierzu, daß nach dem Unfall allmählich solche Symptome in die Erscheinung treten, die als lückenloses Hinüberleiten von dem Unfalle in die später aufgetretene Paralyse zu deuten sind. Die große praktische Bedeutung, die dieser Frage zukommt, beleuchtet Verf. an zwei Fällen, deren einer diese Bedingung erfüllte, während der Verf. selbst nicht geneigt ist, bei dem andern Fall einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Paralyse anzunehmen.

Hüni (108) gibt statistische Aufstellungen über die Häufigkeit der Paralysen in der Schweiz. Auf 100 Aufnahmen kommen in den schweizerischen Anstalten durchschnittlich 6,74 Paralytiker, 9,34 männliche und 3,89 weibliche Paralytiker, auf 100 Aufnahmen ihres Geschlechts. Auf 10 000 Einwohner kommen in der Schweiz 0,39 Paralytiker; auf je 10 000 Männer und Frauen kommen 0,57 männliche und 0,21 weibliche Paralytiker. Die Gesamtzahl der Paralysen weist in den letzten 20 Jahren eine leichte Tendenz zur Abnahme auf; bei den Frauen läßt sich dagegen eine Zunahme der Krankheit feststellen.

Hubert (106) unterscheidet zwischen latenter und okkulter Syphilis. Während die erstere keinerlei Krankheitserscheinungen darbietet und nur durch den positiven Ausfall der Wa.-R. diagnostizierbar wird, sind für die okkulte Syphilis namentlich die eigenartige Blässe und Milzschwellung charakteristisch. Daneben findet man Abmagerung, Anämie, Lymphozytose, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, neurasthenische und hysterische Züge. Ferner kommen systolische Geräusche an der Basis oder über allen Ostien des nicht vergrößerten Herzens vor, leichte Albuminurie und Fieber. Differentialdiagnostisch gibt die Wa.-R. den Ausschlag.

Rohde (219) beschreibt zwei Fälle von luetischer Meningitis, einen davon

ausführlich. Der letztere war durch die Geringfügigkeit der Erscheinungen, insbesondere durch das Kommen und Gehen, Wiederkommen und Wiedergehen charakteristisch. Nur von Zeit zu Zeit, und auch dann vorübergehend, fanden sich Pulsverlangsamung, Erbrechen, psychische Veränderungen im Sinne der Reizbarkeit und Renitenz sowie der Apathie. Dazu Kopfschmerzen, rechtsseitige Hörstörungen, leichte aphasische Erscheinungen (Pat. war Linkser), ferner Schwindelgefühl, leichte rechtsseitige hemiataktische Erscheinungen, Fallneigung nach rechts, Nystagmus und endlich eine homogene linksseitige Hemianopsie.

Boas (18) gibt zunächst eine Übersicht über die verschiedenen Anschauungen bezüglich der Entstehung der „metaluetischen" Erkrankungen. Er bespricht die Lehre von der Syphilis à virus nerveux, die Ansicht von den sogenannten hohen Rezidivstämmen sowie die Auffassungen *Gennerichs* und *Brauers*. Auch jetzt sind wir zur Klarheit in dieser wichtigen Frage nicht gekommen. Es folgen dann statistische Bemerkungen unter Heranziehung der vorhandenen Literatur über die Tabesmorbidität; aus diesen ergibt sich nur die größere Gefährdung des Berufssoldaten; auch diese scheint mir jedoch hinsichtlich einer relativ größeren Zahl von Tabeserkrankungen im Vergleich zur Zahl der luetischen Erkrankungen nicht erwiesen zu sein.

Um den Einfluß des Krieges auf die Tabes zu bestimmen, stellt Verf. folgende Fragen zur Diskussion: 1. Tritt die Tabes bei Kriegsteilnehmern in früherem Lebensalter auf als bei Zivilfällen? 2. Ist die Zeit zwischen Infektion und Ausbruch der Tabes kürzer? 3. Ist der Verlauf der Tabes ein anderer (rascherer oder schwererer)? 4. Ist der anatomische Befund schwerer? Das Durchschnittsalter der im Felde tabisch erkrankten Soldaten berechnet Verf. auf 33,6 Jahre; die Garnisontabiker sind älter. Die Verkürzung der Inkubationszeit ließ sich nicht feststellen; auch die dritte Frage muß mit „nein" beantwortet werden, während zur vierten keine Beobachtungen vorlagen. Die Sonderstellung einer besonderen Kriegstabes erscheint somit unbegründet.

Verf. bespricht dann unter Anführung kasuistischer Beobachtungen die für die militärärztliche Begutachtung wichtige differentialdiagnostische Abgrenzung der Tabes gegenüber den tabesähnlichen Erkrankungen (Polyneuritis, Pseudotabes diphtherica, malarica, syphilitica) sowie gegenüber einigen organischen Erkrankungen, z. B. des Magens, die zeitweise ähnliche Symptome darbieten können.

Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit der *Edinger*schen Aufbrauchstheorie, die er als irrig ablehnt, geht Verf. dann zur Besprechung der Fragen der Verwendungsfähigkeit und der Dienstbeschädigung über. Bezüglich der ersteren wird die Ansicht vertreten, daß Tabiker, sofern es sich nicht um weit fortgeschrittene Fälle handelt, im Garnison-, Etappen- und Hilfsdienst ohne Schaden noch Gutes leisten können. Zugeständnisse hinsichtlich ihrer Lebensweise sind ihnen öfters zu machen.

In der D. B.-Frage, die sehr eingehend erörtert wird, vertritt Verf. den Standpunkt, daß sowohl die Kriegseinflüsse im allgemeinen wie auch besondere Ereignisse die Annahme einer D. B. gerechtfertigt erscheinen lassen. Als besondere Kriegsbeschädigungen werden nach ihrer Häufigkeit und Bedeutung geordnet



folgende genannt: 1. Witterungseinflüsse (Erkältung, Durchnässung, Insolation); 2. körperliche Traumen; 3. Infektionskrankheiten und andere fieberhafte Erkrankungen; 4. geistige Überanstrengung; 5. psychische Traumen. Die beiden letzten kommen jedoch als ätiologisches Moment der Tabes nach der Ansicht des Verf. nicht in Betracht. Die übrigen Punkte werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entstehung bzw. Verschlimmerung der Tabes eingehend gewürdigt.

Dreyfus (47) empfiehlt die Anwendung von Silbersalvarsan bei den luetischen Erkrankungen des Nervensystems. Er fing die Behandlung mit kleinen Dosen (0,05) an und stieg dann allmählich, je nach Lage des Falls auf 0,15—0,2, die er im Abstand von 2—3Tagen gab. Besonders empfindlich zeigten sich Tabiker gegen das Mittel. Verf. hält das Mittel bei der Behandlung der Lues des Zentralnervensystdms dem Neosalvarsan und dem Salvarsannatrium für überlegen. Er bespricht die Technik der Injektion, die Dosierung des Mittels, seine Wirkung und seine Nebenwirkungen, seine Indikationen und Kontraindikationen. Letztere sind namentlich bei Kreislaufstörungen irgendwelcher Art gegeben, bei denen dem Neosalvarsan in ganz kleinen Dosen der Vorzug zu geben ist.

Dreyfus (49) macht auf die wichtigsten Nebenwirkungen des Silbersalvarsans aufmerksam, bespricht ihre Ursachen und gibt Verhütungsmaßregeln an. Der anaphylaktoide Symptomenkomplex wird meist anscheinend durch zu starke Konzentration des Mittels hervorgerufen. Ferner wird Fieber beobachtet, das seine Ursache meist in einer zu großen Anfangsdosis hat, aber auch durch andere Ursachen (Wasserfehler, Tuberkulose usw.) hervorgerufen werden kann. Sehr wichtig sind Hauterscheinungen, die als besonders starkes Notsignal des Körpers gelten können und bei Fortsetzung der Behandlung die Einleitung lebensgefährlicher Erkrankungen sein können. Schließlich werden Ohnmachten, Kollaps, Kopfschmerz, Mattigkeit, Schwindelgefühl, Erbrechen erwähnt. Verf. empfiehlt, um diese Störungen nach Möglichkeit zu vermeiden, einschleichende Behandlung mit einer Anfangsdosis von 0,03 sowie genügend große Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen.

Knauer (137) hat 18 Paralytiker mit Injektionen von Neosalvarsan und Silbersalvarsannatrium in die Carotis interna bzw. communis behandelt. Während die erstere jedesmal freigelegt werden mußte, gelangen die Injektionen in die Carotis communis leicht durch die Haut. Er gab meist 0,45 Neosalvarsan, 0,1—0,25 Silbersalvarsan zu wiederholten Malen und sah von dieser Behandlung gute Erfolge. In 16 Fällen sah er Remissionen, die in 3 Fällen sehr weitgehend waren. In 11 Fällen wurde der Blutwassermann, 5 mal auch der Liquorwassermann negativ. Auch die übrigen Reaktionen wurden oft günstig beeinflußt. Einmal wurden alle 4 Reaktionen negativ. Ein Teil der Fälle ist wieder rückfällig geworden. Besonders gute Remissionen wiesen 3 Fälle auf, die zugleich auch Fieber bekamen (zum Teil durch Milchinjektionen).

Weichbrodt und *Jahnel* (287) haben bei an Hodensyphilis erkrankten Kaninchen durch Überhitzung — sie brachten die Kaninchen in einen Thermostaten von 41° Lufttemperatur — hohe Körpertemperaturen von 43—45° erzeugt. Sie ließen die Versuchstiere ½ Stunde im Wärmekasten, danach sank die Temperatur



in wenigen Minuten zur Norm ab. Es gelang auf diese Weise der experimentelle Nachweis, daß hohes Fieber die Spirochäten zum Verschwinden und die Hodensyphilis der Kaninchen zur Heilung zu bringen vermag.

Die Versuche lassen sich nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen; die von der Wiener Schule in der Paralysetherapie angewandten Temperaturdosierungen sind, vom Standpunkte der Verf. gesehen, nicht hoch genug, um eine genügende Wirksamkeit gegenüber den Spirochäten zu entfalten. Unseres Erachtens spielt hierbei jedoch nicht nur die Höhe der Temperatur als die durch die erhöhte Temperatur neu belebte Reaktionskraft des Körpers eine entscheidende Rolle.

Weichbrodt (284) gibt zunächst eine Übersicht über die bisherigen therapeutischen Versuche bei der Paralyse mit chemischen, namentlich spirilloziden Mitteln. Diese haben bisher versagt. Ausführlicher bespricht er dann die bisherigen Ergebnisse der Fiebertherapie, die bisher einwandfreie Ergebnisse nicht gezeitigt hat. Er geht dann auf seine bereits erwähnten (287) Versuche bei Kaninchen ein, in deren Ergebnissen er eine wissenschaftliche Grundlage für die Fiebertherapie erblickt. Wieweit diese Ergebnisse uns in der Paralysetherapie weiter führen werden, bleibt abzuwarten.

Plaut (194) gibt einen kurzen Überblick über die neueren Probleme der Paralyse- und Tabestherapie, namentlich über die intraspinalen Einverleibungen spirilloziderMittel sowie über die Bestrebungen der nichtspezifischen Fiebertherapie.

Plaut und *Steiner* (196) impften 6 Paralytiker und 2 Fälle von Dementia praecox mit „Rekurrens". Da es sich bei den Paralysefällen um weit fortgeschrittene Krankheitserscheinungen handelte, konnte eine nennenswerte Heilwirkung nicht erwartet werden. Ungünstige Einwirkung auf den Verlauf der Paralyse wurde nicht beobachtet; dagegen ergab sich in der Beeinflussung der Wa.-Reaktion ein Anzeichen für einen antisyphilitischen Effekt. Im übrigen enthält die Arbeit im wesentlichen epidemiologische Beobachtungen über den Verlauf der Rekurrensinfektion bei Paralytikern.

Plaut (193) gibt eine ausführliche kritische Übersicht über die verschiedenen bei der Lues des Zentralnervensystems angewandten Behandlungsmethoden, ihre Methodik und ihre Erfolge. Sowohl die spezifische Quecksilber- und Salvarsantherapie kommt dabei zu Wort, als auch die nichtspezifischen Behandlungsarten, die darauf hinausgehen, Fieber zu erzeugen. Ein besonderes Kapitel widmet er der intraspinalen und intrakraniellen Einverleibung von antisyphilitischen Heilmitteln. (Die Arbeit eignet sich in ihren Einzelheiten nicht zu einem kurzen Referat.)

Goldstein (70) bespricht zunächst die Organisation seiner Frankfurter Abteilung für Hirnverletzte. Der Arzt ist nicht mehr allein imstande, die Untersuchung und Behandlung der Hirnverletzten vorzunehmen. Er bedarf zu seiner Unterstützung des Psychologen, des Lehrers, des Handwerkers usw. Immer jedoch muß er die Zentrale bleiben, in der alle Fäden zusammenlaufen, und seine Aufgabe ist es, alle die Anregungen und Ergebnisse der andern Untersucher nutzbar zu machen für das Ziel: den Hirnverletzten wieder lebenstüchtig zu machen im weitesten Sinne des Wortes.



Er unterscheidet die ärztliche, die psychologisch-pädagogische und die Arbeitsbehandlung. In jedem Falle wird eine regelmäßige Kontrolle der Temperatur und des Pulses ausgeübt, weil sie oft die einzigen Indikatoren sind für Entzündungen und anderes. Besonders erwähnt sei, daß auch der Verf. von einer zu frühzeitigen knöchernen Deckung von Schädeldefekten dringend abrät.

Der psychologisch-pädagogischen Behandlung geht die experimentell psychologische Untersuchung im Laboratorium vorauf; diese dient „1. zur Feststellung der Störung der verschiedensten einzelnen psychischen Vorgänge, wie der Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, des Gedankenablaufs, Gedächtnisses, Ablaufs einzelner und fortlaufender Bewegungen und ähnlichem mehr, 2. zur Feststellung der allgemeinen Leistungsfähigkeit in psychischer und körperlicher Beziehung, 3. erstreben sie eine feinere Analyse vorliegender umschriebener Ausfälle und die Feststellung der erhaltenen Leistungen, die als Ersatzfunktion für diese herangezogen werden können, wobei die Feststellung des individuellen Typus eine große Rolle spielt usw.".

Verf. bespricht die tachistoskopische Untersuchung und die Methoden zur Prüfung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit (einfache und Wahlreaktion, fortlaufendes Addieren, Ergograph, Dynamometer) kurz und erläutert die Ergebnisse dieser Versuche an der Hand von zahlreichen Kurven. Gegen die Methoden *Poppelreuters* (Sternausschneiden, Eimerheben und anderes) wendet er ein, daß sie für abstrakte Leistungsprüfungen zu wenig abstrakt, für konkrete zu wenig konkret seien und daß sie die Nachteile beider in sich vereinigten, ohne doch ihre Vorteile zu haben. Auf die Ergebnisse kann hier im einzelnen nicht eingegangen werden. Die so gewonnenen Ergebnisse bilden dann die Grundlage für die eigentliche therapeutische Pädagogik und Arbeitsbehandlung. Erstere erstreckt sich namentlich auf die Übung der umschriebenen psychischen Defekte und besonders der aphasischen Störungen. Hier wird an Beispielen gezeigt, wie es — mit vieler Mühe freilich — gelingt, motorische und sensorische, agrammatische und amnestische Sprachstörungen sowie die verschiedenen Lese-, Schreib- und Rechenstörungen, recht erheblich zu bessern.

Die Prüfung der beruflichen Leistungsfähigkeit geschieht durch Werkstättenarbeit. Im Gegensatz zu den Probearbeiten *Poppelreuters* wird nur Arbeit geleistet, die Wert hat. Die Beurteilung kann, da nur Akkordarbeit geleistet wird, durch den Vergleich von Arbeitszeit und Stücklohn mit normalen Verhältnissen erfolgen.

Die militärische Dienstfähigkeit wird nach rein ärztlichen Gesichtspunkten beurteilt; auch bei den sogenannten „leichten" Fällen von Kopfverletzung ist die größte Vorsicht geboten, selbst dann, wenn ein sichtbarer Schädeldefekt nicht vorliegt. Ausreichende Lazarettbeobachtung ist in jedem Falle notwendig.

Das Problem der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und der Rentenfestsetzung ist deswegen ein so schwieriges, weil die Gesundheitsstörungen nicht so offen zutage liegen wie z. B. bei einem Amputierten. Aber selbst nach genauer Feststellung des Defektes durch die erwähnten Methoden ist die Entscheidung nicht leicht, zumal eine schematische Beurteilung zu einem Unrecht vielen Hirnverletzten gegenüber werden würde. Die Richtlinien, die der Verf. vorschlägt, sind folgende:



„I. Bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit der Hirnverletzten ist zu berücksichtigen: 1. die prognostische Aussicht des Falles, im besonderen das voraussichtliche Schwanken des Gesundheitszustandes, die eventuelle Gefahr durch die Berufstätigkeit usw., 2. die Herabsetzung der allgemeinen körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, 3. die umschriebenen Ausfälle. II. Alle diese Punkte sind genau festzustellen: 1. durch ärztlich-klinische Beobachtung, 2. durch Leistungs- und Berufsprüfungen. III. Die Rente ist nicht allein nach den Defekten, sondern auch nach dem ausgewählten Berufe festzusetzen." Auf die persönlichen Verhältnisse muß weitgehende Rücksicht genommen werden. Auch bei der Gewährung von Verstümmlungszulagen muß weitherzig verfahren werden. Zahlreiche Untersuchungsschemata vervollständigen das anregende Buch.

Goldstein (72) enthält etwa dasselbe wie sein Buch (70) in dem entsprechenden Kapitel.

v. Rodhen (220) hat 100 Soldaten, davon 80 Hirnverletzte, je 10 Kopfverletzte und Normale, hinsichtlich ihrer optisch-sensoriellen Aufmerksamkeit geprüft, und zwar einerseits auf den Umfang der Aufmerksamkeit mit den Tachistoskopen nach *Wundt* und *Netschajeff*, andrerseits auf ihre Vigilität (Weckbarkeit) und Tenazität (Konzentrationsfähigkeit) mit der Durchstreichmethode nach *Bourdon* und *Ziehen*. Die untere Grenze des normalen Aufmerksamkeitsumfanges lag unter den vorhandenen Bedingungen bei drei unverbundenen Einheiten. Diese untere Grenze erreichten sämtliche Normale, dagegen nur 80 % der Kopfverletzten und 65 % der Hirnverletzten. Einen normalen Umfang hatten sämtliche Stirnverletzten, ¾ der Zentralhirnverletzten und nur ⅓ der Scheitelhirnverletzten. Die funktionell verschiedene Wertigkeit der Hirnrinde war mit allen benutzten Versuchsanordnungen nachzuweisen. Von den hysterischen Hirnverletzten erreichte keiner die untere Grenze des normalen Aufmerksamkeitsumfanges. Die psychogene Komponente bei Hirnverletzten führt zu einem in quantitativer und qualitativer Beziehung wohlcharakterisierten Aufmerksamkeitstypus von differentialdiagnostischer Bedeutung. Das Gesetz von der funktionell verschiedenen Bedeutung der Hirnrinde für die Größe des Aufmerksamkeitsumfanges wird durch die Ergebnisse der Vigilitäts- und Tenazitätsuntersuchungen bestätigt. Die Weckbarkeit und Konzentrationsfähigkeit der optischen Aufmerksamkeit beträgt bei Scheitelhirnverletzten weniger als die Hälfte, bei Hinterhauptsverletzten nur ⅓ der Stirnhirnverletzten. Anscheinend liegen in der Scheitelhirnrinde Zentren, die in funktioneller Verbindung mit dem optischen Aufmerksamkeitsakte stehen.

Byschowski (36) sah in Moskau unter 43 Schädelschüssen 16 Kranke mit Krampfanfällen. Der erste Anfall war in 4 Fällen nach etwa 3 Monaten, in 5 Fällen nach etwa 6 Monaten, in 4 Fällen nach etwa 9 Monaten, in 2 Fällen nach etwa 1 Jahre und in 1 Falle nach etwa 2 Jahren nach der Verletzung aufgetreten. Verf. berechnet die Zahl der Anfang 1917 in Rußland vorhandenen traumatischen Epileptiker auf etwa 80 000. Er warnt vor der Osteoplastik, da er Fälle gesehen hat, in denen die Krämpfe geradezu danach aufflammten. Dagegen rät er zur Operation in allen Fällen von traumatischer Epilepsie, wenn nicht besondere Gegenindikation vorliegt.



Redlich (208) bespricht die Ergebnisse einer genauen klinischen Beobachtung von 57 Kranken mit epileptischen Anfällen nach Schädelverletzungen und versucht, aus diesen Beobachtungen gewisse Schlüsse auf die Pathologie und die Pathogenese der unter diesen Umständen auftretenden Anfälle zu ziehen. Er sah Anfälle bei 57 von 99 Kranken mit schweren Schädelschüssen, bemerkt aber dazu, daß sein Material nicht als Ausschnitt der allgemeinen Verhältnisse betrachtet werden könne, da er getrachtet habe, möglichst viele Fälle mit epileptischen Anfällen zu bekommen. In 18 von diesen Fällen traten die Anfälle teils unmittelbar nach der Verletzung, teils einige Tage oder Wochen nach der Verletzung auf. Die sog. Spätanfälle sah er innerhalb der ersten 6 Monate 26 mal (= 66,7 %), im zweiten Halbjahre 8 mal (= 20,6 %), im dritten und vierten Halbjahre sowie nach 2 Jahren je 1 mal (= 2,5 %). In 2 Fällen war der Beginn der Anfälle unbekannt. Bei der Frühepilepsie treten die Anfälle nicht selten zunächst gehäuft auf, um dann nach einiger Zeit wieder zu verschwinden. Bei der Spätepilepsie überwiegen im allgemeinen die Fälle mit großen Zwischenräumen zwischen den einzelnen Anfällen, die dann häufig serienweise auftreten.

Für die Auslösung von Anfällen konnten in zahlreichen Fällen exogene Schädlichkeiten nicht ausfindig gemacht werden; in andern kamen in Betracht: mechanische Reize (Operationen, Verbandwechsel, Druck von Knochen- und Metallsplittern auf die Zentralgegend), Entzündungsvorgänge und Eiterungen an der Wunde, Abszesse, frühzeitige Deckung des Schädeldefektes, thermische Reize, namentlich Sonneneinwirkung, sensible Reize, die an der Peripherie in gelähmten Abschnitten angreifen, z. B. Elektrisieren, Massage; ferner körperliche Überanstrengungen, Alkoholgenuß und psychische Erregungen.

Bezüglich der Art der Anfälle sah Verf. namentlich Jacksonanfälle, daneben aber auch allgemeine Anfälle und Schwindelanfälle; weniger häufig treten das Petit-mal und abortive Anfälle, die sich auf einzelne Muskelgruppen beschränkten, auf, sowie die sog. extraparoxysmalen Zuckungen. Epileptoide Zustände und psychische Äquivalente dagegen sah der Verf. nicht. Die Art der Anfälle wird eingehender behandelt.

Neurologische Ausfallserscheinungen fanden sich in 50 Fällen (= 87,7 %), davon in 48 Fällen (84 %) Hinweise auf eine Beteiligung der motorischen Region. An schweren psychischen Störungen sah Verf. nur bei einem seiner Kranken zweimal einen kurzdauernden Verwirrtheitszustand. Verstimmungen waren häufiger, meist nach der depressiven Seite, doch gab es auch Optimisten. Ferner erwähnte Verf. die erhöhte Affekterregbarkeit seiner Kranken und die Neigung zu zornigen Entladungen, die sich mit einer gewissen Apathie und Interesselosigkeit jedoch vertragen können. Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, starke Ermüdbarkeit entsprechen den Befunden auch bei den sonstigen Hirnverletzten. Die Assoziationen ähnelten in ihren Eigentümlichkeiten denen der nicht epileptischen Schädelverletzten, eine gewisse Übereinstimmung zeigte sich jedoch auch mit den Assoziationen bei der gewöhnlichen Epilepsie.

Unter den Kreislaufsymptomen ist die Bradykardie bemerkenswert, die sich jedoch ebenfalls bei den übrigen Hirnverletzten findet und wahrscheinlich durch



einen Reizzustand des N. vagus bedingt ist. Eine besondere Bedeutung kommt ihr im allgemeinen nicht zu. Die Angaben *Poppelreuters* über erhöhten Blutdruck bei Epileptikern konnte Verf. nicht bestätigen. In der größeren Mehrzahl der Fälle fand sich nach dem Anfall eine Leukozytose, die viele Stunden andauern kann.

Bei der Besprechung der Pathogenese der Epilepsie wendet sich *Redlich* gegen die Überspannung des Dispositionsbegriffes bei dieser Erkrankung. In seinen Fällen ließ sich nicht oft eine gewisse Disposition nachweisen. Auch die sog. Reflexepilepsie schließt Verf. für seine Fälle aus, vielmehr sei es „die traumatische Schädigung des Gehirns selbst, die die Anfälle bedinge". Das zu lösende Problem sei die Frage nach der Ursache der dauernd erhöhten epileptischen Reaktionsfähigkeit des Gehirns, d. h. die Erklärung der Spätepilepsie nach Trauma. Abgesehen von progredienten Hirnprozessen, die der Erklärung keine weitere Schwierigkeiten bieten, kommt den Läsionen des Scheitellappens, also der motorischen Region für das Auftreten epileptischer Anfälle, namentlich solcher mit Jacksontypus, eine wesentliche Bedeutung zu: Unter den Epilepsiefällen waren 63,7 %, unter den übrigen Hirnverletzten nur 45,3 % Scheitelhirnverletzte. Ferner sind Knochendefekte mit und ohne Pulsation bei den Fällen mit Epilepsie viel häufiger (73 %) als bei denen ohne epileptische Anfälle (50 %). Dagegen ließ sich eine dauernde Drucksteigerung nicht nachweisen, und ebenso spielte die Anwesenheit von Splittern im Gehirn keine bedeutsame Rolle. Dagegen sind narbige Verwachsungen, entzündliche Prozesse wichtiger. Im ganzen lassen sich jedoch gegenüber den nichtepileptischen Hirnverletzten nur quantitative, allenfalls lokalisatorische Differenzen der Veränderungen der beiden Gruppen konstatieren.

Verf. geht dann noch kurz auf die Therapie, namentlich die operative, ein, der er nicht allzu hoffnungsvoll gegenübersteht, und gibt schließlich einige Krankengeschichten seiner Fälle.

Pfeifer, B. (187) berichtet über einen Fall von Aneurysma der Carotis interna sinistra, bei dem die Unterbindung vorgenommen wurde. Neben andern schweren Schädigungen nach der Operation trat anfangs eine rechtsseitige Pupillenerweiterung auf, und es ließ sich eine Störung des optischen Erinnerungsvermögens nachweisen. Verf. nimmt an, daß ein Thrombus in die A. cerebri posterior gelangt sei und so diese Störungen verursacht habe. Er spricht sich auf Grund dieses Falles für ein exspektatives Verhalten bei Aneurysmenbildungen der Carotis int. aus, sofern nicht besondere Indikationen zur Operation vorliegen.

Pick (191) beschreibt kurz einen Fall von Agrammatismus nach Schlaganfall bei einem 26 jährigen Schlachter. Bei diesem bestand außerdem eine eigenartige Änderung des Sprachcharakters: die Zischlaute wurden weicher ausgesprochen und der Wortakzent verlegt. Diese Störungens ließen sich im allgemeinen als ein Rückfall auf eine kindliche Sprachstufe deuten.

Pfeiffer, R. A. (190) faßt die Ergebnisse seiner Arbeit in folgende Sätze zusammen: „Die Rechtshändigkeit besagt, daß die rechte Hand manches kann, was die linke nicht kann. *Liepmann* kam auf Grund seiner Apraxiestudien zu dem Ergebnis, daß auch das, was die linke Hand kann, zum großen Teil nicht ihr (bzw. der rechten Hemisphäre) Besitz, sondern ein von der rechten Hand (bzw. linken



emisphäre Entlehntes ist. Dieser Satz bedarf einer Korrektur! Die Rechtsindigkeit besagt nämlich auch, daß die linke Hand manches verkehrt macht, was ie rechte Hand richtig macht. Unsere Ergebnisse zeigen, daß das, was die linke land nicht kann, zum großen Teil nicht ihr (bzw. der rechten Hemisphäre) Unvermögen ist, sondern aus Hemmungen resultiert, die durch Übung der rechten Hand bzw. linken Hemisphäre) gesetzt werden."

Pfeifer, B. (186) fand unter 200 Hirnverletzten 20 mit Blasenstörungen Die Schußverletzung betraf in 7 Fällen die linke, in 6 Fällen die rechte und 7 mal beide Hemisphären. In 19 von diesen Fällen handelte es sich um eine Erschwerung der Harnentleerung, nur in einem Falle bestand Unvermögen, den Harn zu halten ohne Harndrang. In diesem Falle wurden durch die Röntgenaufnahme 15 hirsekorn- bis linsengroße Geschoßteile in der vorderen und mittleren Schädelgrube, auf beide Hemisphären verteilt, nachgewiesen. Eine vorwiegende Bedeutung einer Hirnhälfte für die Innervation der Blase war nicht zu erkennen; beide Hirnhälften waren etwa gleich oft betroffen, und der schnelle Ausgleich der Störungen wies darauf hin, daß die Funktion der einen Hemisphäre leicht von der andern übernommen werden kann. Der Sitz der kortikalen Blasenzentren ist in der Gegend der Zentralwindungen, und zwar zwischen Arm- und Beinzentrum, zu suchen.

In einem Falle von schwerer doppelseitiger spastischer Beinlähmung fand sich keine Blasenstörung, nach des Verf. Ansicht ein Beweis dafür, daß die kortikalen Blasenzentren nicht in der motorischen Rindenregion der unteren Extremitäten liegen können, wie *Kleist* und *Förster* annehmen.

Adler (2) nimmt auf Grund seiner Beobachtungen zwei motorische Zentren für die Funktion der Harnblase an, nämlich: 1. ein Zentrum in der Gegend des Hüftzentrums für den M. sphincter externus und 2. ein Zentrum in der Gegend des Bein- und Fußzentrums für den M. sphincter internus.

Pfeifer, B. (188) berichtet über 66 Hirnverletzte mit halbseitigen Sensibilitätsstörungen der rechten oder linken Körperhälfte, teilweise mit Betroffensein auch des gegenüberliegenden Beines. In einem Falle bestand doppelseitige Sensibilitätsstörung am Rumpf und an den Beinen vom 9. Dorsalsegment abwärts. Bei 42 von diesen 66 Kranken war die Sensibilität auch im Gebiete der Genito-Analhaut halbseitig gestört, in 3 von diesen Fällen ergaben sich Differenzen innerhalb der Genito-Analhaut. In 24 Fällen fanden sich teils partielle, teils totale Aussparungen dieser Gegend. In 4 Fällen ließ sich nun eine Besserung der Sensibilität im Bereiche der Genito-Analhaut verfolgen, und zwar handelte es sich einmal um eine graduelle Besserung der Sensibilität für alle Qualitäten am Penis und Scrotum, ein anderes Mal um eine partielle Aussparung für eine Qualität an Penis, Perineum und Analhaut, in zwei weiteren Fällen um eine totale Aussparung mit mehr oder weniger weitgehender Verschiebung der Empfindungsgrenzen auch am Rumpfe. Die Aussparung der Genito-Analhaut kommt in der gleichen Weise zustande wie die Aussparung der am weitesten medial gelegenen Hautpartien des Rumpfes. Die Ursache hierfür ist in der Überlagerung der Dermatome an der Medianlinie des Körpers zu suchen. Daneben kommt noch eine bilaterale Vertretung der Sensibilität der genannten Körperabschnitte in Betracht. Wahrscheinlich gibt es in der hinteren



Zentralwindung zwischen Arm- und Beinzentrum ein kortikales sensibles Zentrum für die Blase, die Harnröhre und die sie bedeckende Haut. Das Erhaltenbleiben einiger Empfindungsqualitäten im Gebiete der Genito-Analhaut muß wohl auf Eigentümlichkeiten der Lokalisation der Hirnverletzung zurückgeführt werden.

Goldstein und *Reichmann* (71) fassen die Ergebnisse ihrer Arbeit in folgende Sätze zusammen: „Die kortikalen Sensibilitätsstörungen am Kopfe können nach drei Typen angeordnet sein: 1. Als halbseitige Störungen, die sich ähnlich wie die halbseitigen Störungen am Rumpf verhalten. 2. Als segmentale Schädigungen, d. h. Störungen im Versorgungsgebiet der Zervikalnerven oder des Trigeminus. 3. Als umschriebene Störungen, und zwar im Mundwinkelgebiet mit Beteiligung des Daumens, oder der Daumen- und Großzehenregion oder als doppelseitige Mundsensibilitätsstörungen. Die doppelseitigen Mundsensibilitätsstörungen und die gemeinsamen sensiblen Ausfälle im Daumen- und Großzehengebiet sprechen für eine Anordnung der kortikalen Sensibilität nach funktionellen Gesichtspunkten, letztere außerdem für eine solche nach Funktionszusammenhängen auf phylogenetischer Basis.“

Nießl v. Mayendorf (166) setzt seinen Standpunkt hinsichtlich der sog. Leitungsaphasie auseinander. Das Krankheitsbild der letzteren wird nicht durch eine anatomische Leitungsunterbrechung, sondern durch den Mangel an funktionellen Assoziationen der rechten Hemisphäre hervorgerufen.

Popper (203) hat neuerdings Anfälle sensibler Art nach *Jackson*schem Typ gesehen, die mit einer eigentümlichen Empfindung in den 4 ulnaren Fingerkuppen der linken Hand begannen. Diese Empfindung hielt mehrere Minuten an, um dann ihren Charakter zu verändern. Die Frage, ob hier zerebrale Herderscheinungen vorlagen oder ob ein Assoziationsmechanismus dieser Empfindung zugrunde lag, will der Verf. nicht entscheiden, möchte aber doch für den Funktionsmechanismus eintreten. Er faßt die Fingerkuppensensibilität entsprechend ihrer Bedeutung beim Tasten als funktionelle Einheit auf.

Salomon (225) polemisiert gegen *Kleist* und *Pick*, die den Depeschenstil als eine besondere Art des Agrammatismus zur sensorischen Aphasie rechnen und ihn ins Schläfenhirn verlegen. Verf. behauptet demgegenüber, daß der reine Depeschenstil, der durch Häufung von Substantiven und Infinitiven gekennzeichnet ist, nur bei der motorischen Aphasie vorkomme, und weist ihm dementsprechend seinen Platz in der *Broca*schen Windung des Stirnhirns an.

Henschen (94) gibt eine kurze kritische Übersicht über die bisherigen Versuche, das Geruchs- und Geschmackszentrum zu lokalisieren. Er meint mit *Brodmann*, es sei bisher weder der experimentellen Methode noch der klinischen Pathologie gelungen, etwas Sicheres über die Lage dieser Zentren herauszubekommen. Er beschreibt deshalb einen Fall von Geruchs- und Geschmacksagnosie ohne aphasische Störungen, bei dem sich in der linken dritten Temporalwindung ein otitischer Abszeß fand, und führt ferner 18 Fälle an, bei denen nach den bisherigen Ergebnissen Erweichungen und Defekte des Uncus, Gyrus hippocampi oder des Ammonshorns Geruchsstörungen möglich machen konnten. Er fand nun: Bei Erhaltung des Uncus treten dauernde Geruchsstörungen nicht auf; bei einseitiger Zerstörung



des Uncus treten Störungen des Geruchs auf, werden aber bald wieder ausgeglichen. Auch die einseitige Zerstörung des Gyrus hippocampi ruft keine Geruchsstörung hervor, und ebenso steht es mit dem Ammonshorn. Auch die gleichzeitige Zerstörung von Gyrus hippocampi und Ammonshorn genügt nicht, Geruchsstörungen entstehen zu lassen, und selbst bei gleichzeitiger Zerstörung von Uncus, Gyrus hippocampi und Ammonshorn braucht der Geruch nicht alteriert zu sein. Verf. schließt daraus auf eine so vollständige bilaterale Innervation, daß unilaterale Läsionen sich nur ausnahmsweise durch Geruchsstörungen kundgeben. Bezüglich des Geschmackes können die angeführten Fälle nur in negativer Richtung verwendet werden: weder der Gyrus hippocampi noch das Cornu ammonis scheinen dem Geschmacke zu dienen.

Henschen (97) gibt in gewissen Punkten eine Übersicht über die Ergebnisse der modernen Hirnforschung und bespricht an der Hand derselben sowie der physiologischen Forschungsresultate die Frage, welche Nervenelemente am Denken teilnehmen und welche physiologischen Vorgänge dabei stattfinden. Vorbedingung für jede Orientierung im Raume ist eine fixe Verbindung zwischen peripheren und kortikalen Sinneselementen; diese sind trotz aller anatomischen Möglichkeiten der Umschaltung vorhanden. Bezüglich der Gesichtsempfindungen besteht eine weitgehende Projektion der Netzhaut auf die Calcarinarinde, so daß diese gewissermaßen eine Kopie der Retina ist (das wird freilich von manchen Autoren bestritten, so von *Ziehen* und von *v. Monakow*, und auch *Poppelreuter* ist auf Grund seiner Kriegserfahrungen zu andern Ergebnissen gelangt). Auch die Macula ist nach Ansicht des Verf. im Okzipitalpol inselförmig vertreten. Das Gehör wird durch die Querwindungen der Temporallappen vermittelt, nicht durch die ersten Temporalwindungen; die hinteren zwei Drittel der letzteren vermitteln das Gehör des Wortklanges, der Temporalpol den Musiksinn.

Verf. nimmt nur eine rein automatische Tätigkeit des Sehzentrums an. Das Sehzentrum hat nur ein momentanes Gedächtnis und wirkt in analoger Weise wie die Zellen der Retina; sobald der Reizungsprozeß, der durch einen Gesichtseindruck — oder, wie es der Verf. bezeichnen möchte, „Abdruck" — hervorgerufen ist, abgeklungen ist, nimmt die kortikale Sinnesfläche wieder ihren ursprünglichen Zustand an. Wenn nun die Zellen der Gehirnretina, so folgert der Verf., automatisch arbeiten und eines dauerhaften Gedächtnisses entbehren, dann muß auch ihre Tätigkeit eine unbewußte oder höchstens unterbewußte sein. Und: „Unter normalen Verhältnissen wird die Reizenergie vom Sehzentrum zu den Zentren der Vorstellung in der lateralen Rinde des Okzipitalhirns geleitet und tritt dann erst im Bewußtsein klar hervor." (Den Beweis für diese auf unbewiesenen Voraussetzungen beruhende Auffassung ist der Verf. freilich ebenso schuldig geblieben, wie es bisher nicht gelungen ist, zu beweisen, daß das Bewußtwerden der Gesichtseindrücke — die Transformation der spezifischen Sinnesenergie zu Gesichtsempfindungen — im Sehzentrum vor sich geht. Daß die Erinnerungsbilder bei Zerstörung des Sehzentrums nicht verwischt werden, während die Aufnahme neuer Erinnerungsbilder nicht möglich ist, beweist gar nichts. Der von *Goldstein* und *Gelb* beschriebene Fall von Seelenblindheit (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.



Orig. Bd. 41) scheint mir eher dafür zu sprechen, daß schon im Sehzentrum der Calcarinarinde die Gesichtseindrücke bewußt werden, freilich noch in unbestimmten, verschwommenen Formen. Andere Erwägungen scheinen mir auch eher gegen die Ansicht des Verf. zu sprechen.) Nach des Verf. Ansicht sind die Sinneszentren nichts anderes als bloße Sinnesflächen. Durch das Zusammenwirken verschiedener „Sinnesenergien werden nun die Vorstellungen gebildet, in welche demnach Elemente von verschiedenen Sinnen eingehen.“ Aus der verschiedenen Zytoarchitektonik der das Sehzentrum umgebenden Hirnrinde wird unter Parallelsetzung mit den verschiedenen Funktionen des Temporallappens auf verschiedenartige, aber ähnliche, dem Sehakte dienende Funktionen geschlossen. Optische Halluzinationen entstehen in der Regel in der lateralen Okzipitalrinde. Bei Gesichtsfeldausfällen sind mehrfach in den blinden Bezirken Halluzinationen beobachtet worden, deren Ursache in einer Reizung der lateralen Okzipitalrinde durch Blutungen, Tumoren usw. lag. Diese Fälle benutzt der Verf., um seine Ansicht von der Entstehung der optischen Halluzinationen in der lateralen Okzipitalrinde zu beweisen. (Auch dieser Beweis ist ihm m. E. keineswegs geglückt; die angeführten Tatsachen lassen sich ebensolcher für die Hypothese von *Wundt* und *Ziehen* verwenden, die die Entstehung der optischen Halluzinationen in das Sehzentrum verlegen. Insbesondere erscheint es eigenartig, daß Halluzinationen, die scharf mit der Grenze des hemianopischen Defekts abschneiden, an einer andern Stelle als an der dem Defekt entsprechenden entstanden sein sollen. Man müßte dann doch erwarten, daß die Halluzinationen einmal über die hemianopische Grenze hinweggriffen; das ist aber nie der Fall. Mindestens wird man den Reiz an der Stelle des hemianopischen Defektes annehmen müssen.) Verf. schließt dann weiter: „Wir besitzen also eine wahrscheinlich fixe Transmission der Bilder der Augenretina zur lateralen Okzipitalrinde, wo sie bewußte Formen annehmen.“ Verf. nimmt die Ablagerung von psychischen Elementen in den Rindenzellen und eine Verknüpfung derselben durch Assoziationsfasern an, wodurch die Möglichkeit der Entstehung von komplexeren psychischen Gebilden gegeben ist. Kurz wird dann noch die Lage der Vorstellungszentren der andern Sinnesgebiete besprochen. Verf. geht dann ferner auf die Begriffsbildung ein, legt „den Intellekt“ ins Stirnhirn und weist auch schließlich der „Psyche“ diesen Hirnteil als Grundlage an. Hier scheint er sich jedoch in die naiven Anschauungen des *Cartesius* zu verlieren, der die Seele in die Glandula pinealis verlegen wollte. Die anregend geschriebene Arbeit geht in ihrer Neigung, alles zu lokalisieren, entschieden zu weit, und läßt auch öfters die wünschenswerte Klarheit der psychologischen Termini vermissen.

Henschen (98) behandelt hier ebenfalls vom anatomisch-lokalisierenden Standpunkt aus die Frage der Sprachzentren, des Musik- und Rechenzentrums.

Rohardt (217) beschreibt einen Fall von motorischer Amusie, bei dem eine Verletzung des Fußes der 2. rechten Stirnwindung vorlag. Die Amusie ließ sich später nach ihrer teilweisen Heilung experimentell dadurch verstärken, daß die Narbenfläche durch Chloräthyl vereist wurde. Dann verlor Pat. den Rhythmus, übersprang in der Tonleiter einige Töne und verstümmelte vorher gut gelungene Melodien.



Best (13) bespricht kurz die Untersuchungsmethoden für die Störungen der optischen Lokalisation und das Vorkommen der letzteren; er geht kurz auch auf das Verhältnis der optischen Richtungslokalisation zur Organisation der gesamten Sehsphäre ein.

Goldstein und *Gelb* (73) behandeln die Frage, wieweit Gesichtsvorstellungen für die Lokalisation von Tastempfindungen notwendig sind. Diese Frage läßt sich nur an solchen Versuchspersonen entscheiden, die zwar sehen, aber die Fähigkeit zu visualisieren vollständig eingebüßt haben. Eine derartige Vp. war ein Arbeiter, der am 4. VI. 15 durch Minensplitter am Hinterkopfe verletzt war. (Über den optischen Wahrnehmungs- und Erkennungsvorgang bei diesem Pat. siehe das vorjährige Referat.)

Die klinische Sensibilitätsprüfung ergab eine leichte Herabsetzung der Druck-, Schmerz-, Temperatur- und kinästhetischen Empfindungen am ganzen Körper; im übrigen waren diese Qualitäten intakt. Der Orts- und Raumsinn des Pat. sowie seine Fähigkeit, die räumliche Lage eines Gliedes, die Richtung und den Umfang einer passiv ausgeführten Bewegung anzugeben, hingen wesentlich von bestimmten Bewegungen ab, die der Pat. während der Untersuchung ausführte. Daß diese Qualitäten der Empfindung ebenfalls intakt waren, bewies der Pat. u. a. dadurch, daß er imstande war, im neu erlernten Beruf eines Portefeuillers ¾ des Normallohnes zu verdienen.

Bei völlig ruhendem Körper und geschlossenen Augen konnte der Pat. überhaupt nicht lokalisieren. Auch für das Vorhandensein verschiedener Lokalzeichen sprach bei dem Pat. nichts. Dagegen konnte der Pat. bei bestimmten Bewegungen recht gut lokalisieren; der Berührungsreiz mußte jedoch in diesem Falle eine gewisse Zeit andauern und recht kräftig sein. Er bewegte zunächst den ganzen Körper und schränkte die Bewegungen immer mehr ein, bis er schließlich nur noch die Gegend um die berührte Stelle herum bewegte. Aus dem Widerstande, den er hier durch den Druck des Berührungsreizes fand, schloß er dann auf die berührte Stelle. Das Lokalisieren in der Luft über der berührten Stelle und am Gipsmodell gelang weniger gut und ebenfalls in abnormer Weise. Wenn man mit *Henri* zwischen willkürlicher und automatischer Lokalisation unterscheidet, so konnte der Pat. sicher nur automatisch lokalisieren, freilich auch hier nicht wie der Gesunde, vielmehr mußte auch die automatische Lokalisation erst wieder gelernt werden; sie wurde im Laufe der Zeit insofern vereinfacht, als Tastzuckungen nicht mehr am ganzen Körper auftraten, sondern nur noch in der Umgebung der gereizten Stelle. Der Pat. „lokalisierte" ohne jede Vorstellung von dem Orte der gereizten Stelle, und weil er infolgedessen auch seine Aufmerksamkeit nicht so konzentrieren konnte, schien die Sensibilität am ganzen Körper etwas herabgesetzt. In klinischem Sinne mußte man hier also von einer transkortikalen Sensibilitätsstörung sprechen.

Die Bestimmung der Raumschwelle war bei dem Pat. in Ruhe nicht möglich; selbst wenn man etwa Oberarm und Oberschenkel gleichzeitig oder nacheinander berührte, so vermochte er nicht anzugeben, ob eine oder zwei Körperstellen berührt seien. Sobald er dagegen Bewegungen ausführen durfte, gelang ihm auch diese Angabe. Formen konnte er nur erkennen, wenn sie einfach waren; zur Bestimmung



von Größen hatte er sich Maßstäbe an seinen Fingern usw. gebildet. Taktil nicht erkannte Gegenstände vermochte er trotzdem auf Grund des Betastens zeichnerisch ähnlich wiederzugeben, war dann aber nicht imstande, die fertige Zeichnung zu erkennen. Die Untersuchung der Lagewahrnehmung bestätigte das Gesagte. Bei komplizierteren willkürlichen Bewegungen, z. B. Beschreiben eines Kreises in der Luft, machte ihm nur der Anfang Schwierigkeiten; der übrige Teil der Bewegung lief dann mechanisch ab. Bei offenen und dem zu bewegenden Gliede zugewandten Auge dagegen verhielt sich der Pat. prinzipiell anders. Hier führte er die geforderte Bewegung wirklich isoliert und planvoll aus. Gewohnte Bewegungskomplexe wie das Herausholen des Taschentuches aus der Tasche usw. führte der Pat. annähernd so gut aus wie der Normale. Für derartige Bewegungen sind optische Vorstellungen nicht nötig im Gegensatze zu den isolierten Willkürbewegungen, für deren Ausführung optische Gegebenheiten, namentlich für den Anfang der Bewegung, notwendig erscheinen.

Aus diesen Befunden schließen die Verf., daß in der sog. „Bewegungsvorstellung" zwei Komponenten enthalten sind, nämlich 1. die Vorstellung des zu bewegenden Gliedes und 2. die Vorstellung der Bewegung als solcher. Bezüglich der Theorie des Tastraumes formulieren die Verf. das wichtige Hauptergebnis, das im wesentlichen mit der schon vor 75 Jahren vertretenen Anschauung *Hagens* übereinstimmt, folgendermaßen: „1. Räumliche Eigenschaften kommen den durch den Tastsinn vermittelten Qualitäten an sich nicht zu. Wir gelangen überhaupt nicht durch den Tastsinn allein zu Raumvorstellungen. 2. Nur durch Gesichtsvorstellungen kommt Räumlichkeit in die Tasterfahrung hinein, d. h. es gibt eigentlich nur einen Gesichtsraum." Die optischen Vorstellungen werden auf dem Umwege über kinästhetische Residuen geweckt.

Kretschmer (141) behandelt die Frage der Wahnbildung bei Hirntraumatikern. Bei diesen ist die affektive Ansprechbarkeit für die Reize des Alltags erniedrigt, für besondere Reizstöße dagegen erhöht. Neben diesem „kontrastierenden Syndrom" und ohne scharfe Grenze von ihm getrennt findet man auch zuweilen reine Affektbilder, Traumatiker mit Übererregbarkeit auch für „nivellierte Reizreihen" und solche mit ausgesprochener affektiver Stumpfheit. Bezüglich der Stimmungsfarbe unterscheidet er drei Typen: „dysphorische Verstimmung, gleichmütigen Ernst und ausgesprochene Euphorie", die erstere häufiger bei Leichtverletzten mit subjektivem Insuffizienzgefühl, die folgenden sich häufend mit der Schwere des Falles. Änderungen der Stimmungsfarbe und der affektiven Schwingungsweite, wie sie oben kurz gekennzeichnet ist, bezeichnet der Verf. kurz als Temperamentsverschiebungen und stellt diesen Begriff den Charaktergewöhnungen, speziell der ethischen Struktur gegenüber. Hirntrauma, psychischer Reiz und Charakteranlage wirken beim Zustandekommen von Wahnbildung zusammen. In welcher Weise das geschehen kann, welchen Einfluß die einzelnen Faktoren auf die Wahnbildung ausüben können, wie die drei Richtungslinien ein inniges Geflecht eingehen, das zeigt der Verf. in meisterhaft plastischer Weise an mehreren Krankheitsfällen. Seine Ausführungen gipfeln in der Forderung des Überganges von der „eindimensionalen zur mehrdimensionalen Diagnostik".

Wassermeyer (283) berichtet über eigenartige Störungen nach Commotio erebri. Es trat unter starkem Jucken am ganzen Körper, Mattigkeit und auch ohl Fieber Quaddelbildung auf; die Quaddeln entwickelten sich wenigen Stunden in u wassergefüllten Blasen, die dann platzten und unter Schorfbildung in wenigen 'agen abheilten. Einmal scheint ein Schreck, einmal eine größere Dosis Pyramidon uslösende Ursache gewesen zu sein.

Voß (279) untersuchte 75 Schädelverletzte nach der Methode des fortlaufenlen Addierens, und zwar ließ er dreimal je 15 Minuten rechnen mit je 10 Minuten Pause dazwischen. Häufig wurde der Versuch später noch wiederholt. Er fand ine Besserung der Leistung nach durchschnittlich 2—6 Monaten; nur in wenigen Fällen blieb die Leistung etwa gleich oder verschlechterte sich. Die Besserung uf körperlichem Gebiete ging nicht immer mit einer solchen auf psychischem Gebiete Hand in Hand. Spätere Kurven ähnelten in ihrer Form oft weitgehend ler ersten Kurve. Bei Beginn der Arbeit zeigten die meisten Kranken eine Hemmung; die Übungsfähigkeit war meist gering; bei später Übungsfähigkeit bestand auch nicht erhebliche Ermüdbarkeit. Die Gesamtleistung blieb hinter der Normaler von gleichem Bildungsstande um etwa $^1/_3$ zurück. Eine scharfe Trennung organischer und mehr funktioneller Leistungsminderung ließ sich nicht durchführen; im allgemeinen leisteten Kranke mit funktionellen Symptomen noch weniger als solche mit organischen Störungen.

Pfeiffer, R. A. (189) beschäftigt sich in kritischer Weise mit der Eimerprobe *Poppelreuters*. Während *Goldstein* (s. o.) daran auszusetzen hat, sie sei für eine abstrakte Prüfung zu wenig abstrakt, für eine konkrete zu wenig konkret, während *Langelüddeke* (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 48, S. 217) darauf hinweist, in welcher Weise die verschiedenartige Hebetechnik die Leistungen beeinflussen kann, betont Verf. den Faktor der restlosen Mühegebung, der schwer zu beurteilen sei. Die bei ihm erzielten Leistungen sind weit größer als die *Poppelreuters*. Die Höchstleistungen von 800 bis über 1000 Hebungen, wurden von Stirnhirnverletzten erzielt, bei denen offenbar Hemmungen, wie sie der Normale im Ermüdungsgefühl besitzt, während der Arbeit in Fortfall kommen.

Als „Kriegs"epilepsie bezeichnet *Richter* (213) solche Fälle, „in welchen ohne nachweisbare erbliche Belastung oder Degenerationszeichen im Anschluß an ein erlittenes Kriegstrauma (psychische Schokwirkung) epileptische Anfälle auftreten und einen Dauerzustand aufrecht erhalten, den wir bei den als „genuin" bezeichneten Epileptikern zu beobachten pflegen". Er findet unter den von ihm während des Krieges beobachteten Epileptikern eine nicht geringe Anzahl solcher Kranker. Es handelt sich um Leute, „deren epileptische Reaktionsfähigkeit etwas größer ist als die der übrigen Menschen, aber geringer als die der Friedensepileptiker, und nur durch das überwertige Kriegstrauma zur epileptischen Offenbarung gebracht wurde." *Josephy.*

Jahnel (110). Im allgemeinen kommen Spirochäten in der weißen Substanz des Paralytikergehirns nicht vor. Bisher konnte *J.* zwei Ausnahmen von dieser Regel feststellen. Erstens fanden sich da, wo Spirochäten in den Stammganglien vorkommen, die Parasiten nicht nur in den grauen Herden, sondern auch in den



dazwischen liegenden weißen Inselchen. Zweitens waren in einem Falle Spirochäten in den — bekanntlich artefiziellen — perivaskulären Spalträumen von Markgefäßen vorhanden. Es ist klar, daß sie intra vitam hier nicht gelegen haben können. Vielleicht haben sie ursprünglich in unmittelbarer Nachbarschaft der gliösen Grenzmembran sich befunden. *Josephy.*

Bielschowsky und *Freund* (15). Die Arbeit geht von einem Fall von tuberöser Sklerose aus, der intra vitam diagnostiziert wurde und eigenartige Motilitätsstörungen aufwies, „nämlich eine ziemlich gleichmäßige Verlangsamung aller Bewegungen, eine zu gewissen Zeiten deutlich hervortretende leichte Rigidität der Muskeln, ein ungewöhnlich langes Beharrungsvermögen der Gliedmaßen in den ihnen mitgeteilten Stellungen und eine ganz eigenartige Haltung der Finger, die besonders durch die Hyperextension in den Mittelgelenken gekennzeichnet war." Diese Störungen sind wahrscheinlich in Zusammenhang zu bringen mit einer ungewöhnlichen Beteiligung des Striatums am Krankheitsprozeß. Besonders der Nucleus caudatus zeigt sich bei der histologischen Untersuchung in ziemlich diffuser Weise von den charakteristischen Elementen der tuberösen Sklerose durchsetzt. Ein ähnlicher histologischer Befund hat sich nur noch in einem weiteren Fall von tuberöser Sklerose erheben lassen. *B.* erörtert eingehend die Beziehung dieses Befundes zum anatomischen Substrat der Pseudosklerose. Er kommt zu dem Resultat, daß es sich bei dieser Krankheit „um eine Heredodegeneration handelt, welche neben der Tendenz zu langsamer Nekrobiose der Ganglienzellen eine mehr oder minder ausgesprochene Neigung zu blastomatöser Wucherung der gliösen Elemente aufweist". *Josephy.*

Jahnel (111). Zu den bisher von ihm beschriebenen Typen der Spirochätenverteilung im Paralytikergehirn (in Herden oder diffus, besser disseminiert) fügt er als dritten den vaskulären hinzu. Hier sind vorzugsweise die Gefäße der Hirnrinde betroffen. Fleckweise ist ihre Wand, und zwar besonders die der Kapillaren, aber auch die größeren Gefäße, durchsetzt von dichtesten Spirochätenhaufen; sie können sie auch in Form dichter Mäntel umgeben. Nicht selten sieht man die Parasiten, mit einem Teil ihres Körpers in das Gefäßlumen hineinragen. Wichtig ist, daß da, wo der vaskuläre Verteilungstyp vorkommt, er sich nicht auf einzelne Hirnabschnitte beschränkt; er findet sich dann vielmehr im ganzen Gehirn. Klinische Eigenarten, die mit dem vaskulären Typ in Verbindung zu bringen wären, lassen sich nicht nachweisen. Interessant ist, wie sehr das histologische Bild von Fällen differieren kann, die ganz dieselbe Verteilungsart der Parasiten zeigen. — Wie der vaskuläre Typ der Spirochätenanordnung zustande kommt, ist unklar. Seine Bedeutung scheint in den Beziehungen der Pallida zur Lypmhe zu liegen. *J.* weist auch darauf hin, daß möglicherweise die Verteilung der Spirochäten im Gehirn nicht oder nicht nur auf dem Blutwege, sondern auch auf dem Lymphwege erfolgt. Er beschreibt außerdem noch Gebilde (Kugeln, Schollen u. dgl.), die vielleicht als „abgebaute" Parasiten zu deuten sind. *Josephy.*

Jakob (114) berichtet über die Resultate der Untersuchung von Gehirnen zahlreicher „Anfalls"paralysen. „Die durch Anfälle bedingte Steigerung des paralytischen Krankheitsbildes charakterisiert sich — vornehmlich in hochgradigen



entzündlichen Vorgängen am Gefäßbindegewebsapparat, die sich in vermehrter Infiltration der Pia, der Rinden- und auch Markgefäße, im Auswandern der zelligen Infiltrationselemente ins Nervengewebe, in Bildung von Lymphozytenherden und enzephalitischen Prozessen und nicht selten zudem in Entwicklung gummöser Gefäßwandveränderungen und miliarer Gummen in der Großhirnrinde kundtun." Die gummösen Bildungen sind als eine ungenügende spezifische Gewebsreaktion aufzufassen, während im allgemeinen die entzündliche Reaktion bei der Paralyse histologisch unspezifisch erscheint und sich so als eine ausgesprochen „maligne" Gewebsreaktion dokumentiert. Man muß „die Paralyse als eine maligne Syphilis des Gehirns ansehen, bösartig, weil das Gewebe bei der Spirochäteninfektion nur mehr eine unspezifische Entzündung leisten kann, weil der Krankheitsprozeß — wohl als Folge davon — diffus das Nervenparenchym wie den Bindegewebsapparat befällt, einen ausgesprochen progressiven Charakter hat und nur schwer therapeutisch anzugreifen ist". *Josephy.*

Sioli (231) berichtet über die Resultate seiner Spirochätenuntersuchung an 32 Paralytikergehirnen. In 16 Gehirnen war der Befund positiv; der Prozentsatz von 50 ist als hoch zu bezeichnen. Neben typischen Spirochäten wurden atypische Formen in keinem Falle vermißt, einmal überwogen sie sogar. Ihre Bedeutung ist noch nicht geklärt. Stets fanden sich die Parasiten nur in der grauen Substanz; am zahlreichsten und regelmäßigsten in der I. Frontalwindung. Die Pia war frei von ihnen. Die Anordnung der Spirochäten (bienenschwarmartig oder diffus) war so, wie *Jahnel* es zuerst beschrieben hatte. Im allgemeinen waren besondere Beziehungen zu den einzelnen zelligen Elementen der Hirnrinde nicht erkennbar; doch fehlten sie auch nicht ganz. Besonders ist hier die Anhäufung der Parasiten um Ganglienzellen herum zu erwähnen. In einem Falle, der histologisch starke endarteriitische Veränderungen aufwies, waren einzelne oder in Büscheln liegende Spirochäten in der Gefäßwand ein häufiger Befund. Vergleicht man klinischen Verlauf und Spirochätennachweis, so zeigt sich, daß Anfälle oder akute Schübe der Erkrankung die meisten Chancen bieten, die Parasiten zu finden. — Zwei Fälle waren *Lissauer*sche Paralysen; hier zeigten die herdartig veränderten Windungsabschnitte Spirochäten in wesentlich geringerer Zahl als andere Stellen der gleichen Gehirne; ein Beweis dafür, daß der Spirochätengehalt zeitlich hochgradig schwankt. Ein Fall mit negativem Blut- und Liquor-Wassermann-Reaktion hatte im Gehirn Spirochäten. Einmal war eine sicher im Lumen eines Gefäßes liegende Spirochäte nachzuweisen.

Über das Wesen der Paralyse läßt sich zunächst soviel sagen, daß sie „in ihrer Ätiologie geklärt ist als eine Spirochätenerkrankung des Gehirns; ungeklärt aber ist ihre Entstehung und Entwicklung".

Die für diese Fragen wichtigsten Eigenarten sind einmal, daß nur ein Teil der Luetiker paralytisch wird, ferner, daß die Krankheit meist erst lange nach der Infektion in Erscheinung tritt, endlich, daß im Prinzip die Hirnlues durch antisyphilitische Mittel beeinflußbar ist, die Paralyse aber nicht. Hierfür mag der Grund in der Verteilung der Spirochäten im Parenchym bei der Paralyse liegen, im Gegensatz zu dem Befallensein des Mesoderms bei der Hirnlues. Andrerseits



erklärt sich die Beeinflußbarkeit mancher Paralytiker durch antiluetische Mittel vielleicht dadurch, daß auch hier ab und zu die Gefäße von den Parasiten befallen sind. *Josephy.*

Oberndorfer (176) kann an der Hand von 8 im Laufe eines Monats gestorbenen Fällen von Encephalitis lethargica die bekannten Befunde *Economos* bestätigen. „Es scheint sich tatsächlich um eine eigenartige, neu auftretende Erkrankung zu handeln, die in einem gewissen Zusammenhang mit der Grippe stehen kann."

Schmincke (256). An dem Gehirn eines 5 monatigen Kindes zeigten sich multiple Narben im subkortikalen Marklager, ferner leptomeningitische Veränderungen und endlich eine Pachymeningitis haemorrhagica interna. Histologisch fanden sich in der Pia neben frischer leukozytärer Infiltration eine chronisch-produktive Entzündung bei einem reichlichen Gehalt an Hämosiderin. Der gleiche Stoff ließ sich in großer Menge in den teils gliösen, teils bindegewebig-gliösen Hirnnarben nachweisen. Die Auflagerungen der Dura waren bereits weitgehend bindegewebig organisiert; außerdem ließ sich aber hier auch noch eine starke leukozytäre Infiltration mit reichlichem Kokkengehalt nachweisen. Auf Grund eingehender Erwägungen kommt *Sch.* zu dem Resultat, daß die Narben sowohl wie die Pachymeningitis traumatisch entstanden sind (Zangenextraktion am nachfolgenden Kopf bei Steißlage). Die Veränderungen der Dura sind kompliziert durch eine sub finem vitae erfolgte bakterielle Infektion. Die fibröse Leptomeningitis ist eine Folge der durch die Pachymeningitis gestörten Lymphzirkulation. *Josephy.*

Jacob (113) stellt in einem kurzen Aufsatz die Pathologie und Klinik der Arteriosklerose des Nervensystems dar. Arteriosklerose der peripheren Nerven und des Rückenmarks haben als selbständige Erkrankungsformen weniger Bedeutung; um so häufiger und wichtiger ist die Erkrankung des Gehirns. Lokalisatorisch sind hier zwei Gruppen zu unterscheiden. Einmal die, bei der die Arteriosklerose sich vornehmlich im Hirnstamm und den basalen Stammganglien etabliert, und die klinisch die bekannten neurologischen Symptome der apoplektischen Insulte zeigt. Zweitens die Arteriosklerose der Gefäße des Hemisphärenmarks und der Rinde. Bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen spielen gröbere Zerstörungen der Hirnsubstanz eine weniger wichtige Rolle als diffuse Ausfälle und Verödungen, die oft erst im Mikroskop sichtbar werden. Es können dabei sowohl die kurzen Rindengefäße ergriffen werden („senile Rindenverödung" und „perivaskuläre Gliose" *Alzheimers*) als auch die langen Gefäße des Marks („Encephalitis chronica subcorticalis" *Binswangers*). Klinisch läßt sich eine nervöse Form (*Windscheid*) von einer schweren progredienten mit der Untergruppe der arteriosklerotischen Epilepsie unterscheiden. Die erste ist durch einen neurasthenischen Symptomenkomplex charakterisiert (Kopfschmerz, Gedächtnisschwäche, Ermüdbarkeit). Wichtig sind die häufigen depressiven, angstvollen Stimmungsschwankungen, bei denen die Suizidgefahr oft erheblich ist. Bei der schweren Form treten gröbere Ausfallserscheinungen hinzu; bei der „Encephalitis subcorticalis" kommt es zu ganz schweren Verblödungszuständen. Differentialdiagnostisch ist im Beginn der Erkrankung die Abgrenzung gegen Neurasthenie und Paralyse wichtig. Die Therapie fällt mit der Allgemein-



Therapie der Arteriosklerose zusammen. Anzuraten ist Schonung des Körpers und der Psyche; rechtzeitig zu beachten ist die Suizidgefahr bei depressiven Zuständen.
Josephy.

Nissl (168) nimmt in dem Streit zwischen *Spielmeyer* und *Raecke*, über den bereits hier referiert ist, in ziemlich scharfer Weise Stellung gegen *Raecke*. Dieser hat für die von ihm vertretene Auffassung, daß den gesamten paralytischen Gewebsveränderungen ein lokal entzündlicher Prozeß zugrunde liegt, keinen Beweis erbracht. (Vgl. dazu auch Nr. 169.) *Josephy.*

Raecke (207). Erwiderung auf den unter Nr. 168 referierten Aufsatz *Nissls* (vgl. dazu auch Nr. 169). *Josephy.*

Henneberg (93) beschreibt auf Grund von Schnittserien ausführlich drei Fälle von Spina bifida. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Verf. macht auf die bis jetzt noch keineswegs ganz durchforschte Mannigfaltigkeit dieser Mißbildung aufmerksam. Einer der Fälle zeigt Veränderungen, die ganz den Befunden bei Syringomyelie entsprechen. *H.* ist der Meinung, „daß alle typischen Fälle von Syringomyelie etwas pathogenetisch Einheitliches darstellen und auf Entwicklungsstörungen basieren". Er faßt dabei allerdings den Krankheitsbegriff ziemlich eng. *Josephy.*

Klarfelds (131) Arbeit gibt einen kurzen guten Überblick über die Spirochätenbefunde im Paralytikergehirn und ihre Bedeutung. *Josephy.*

Hauptmann (89). Meistens lassen sich keine besonderen Beziehungen der Spirochäten in Paralytikergehirnen zu den Gefäßen erkennen. Jedoch findet man auch Gefäße, deren Wand an zirkumskripten Stellen von zahlreichen Parasiten durchsetzt ist, während die Umgebung frei von ihnen ist. Wahrscheinlich handelt es sich hier um ein Weiterwuchern von Spirochäten, die irgendwie in die Gefäßwand gelangt sind. Ein Auswandern solcher Gefäßwandspirochäten in die Umgebung kommt vielleicht vor. Auch Einwuchern der Parasiten vom Parenchym aus in die Gefäße ist zu beobachten. Es werden weitere wallartige Ansammlungen von Spirochäten um Gefäße herum beschrieben, deren Genese nicht immer klar ist.
Josephy.

Riese (215) fand bei einem Paralytiker fleckförmigen Markfaserschwund im Rückenmark; er steht vielleicht in kausalem Zusammenhang mit endarteriitischen Veränderungen, die neben gummösen Neubildungen der Pia nachweisbar waren.
Josephy.

Hauptmann (88). Kurze Zusammenstellung der neueren Spirochätenuntersuchungen bei Paralyse. *Josephy.*

Auf Grund von Untersuchungen mittels der *Bethe*schen Molybdänfärbung kommt *Adamkiewicz* (1) zu dem Resultat, daß das *Bethe*sche Füllnetz mit dem Gliareticulum identisch ist. Das perizelluläre Golginetz hängt kontinuierlich mit dem Füllnetz zusammen und ist deshalb als ein besonders modifizierter Teil des Gliaretikulums aufzufassen. Die einschlägige Literatur ist ausführlich besprochen.
Josephy.

Westphal (291) beschreibt einen Fall von Myoklonus-Epilepsie. Es handelt sich um ein junges Mädchen; hereditäre Belastung fehlte. Auffällig war im klini-



schen Verlauf die schwere Sprachstörung und das Verhalten der Pupillen, die einen fortwährenden Wechsel zwischen erhaltener und aufgehobener Lichtreaktion — bald doppelseitig, bald einseitig — zeigten. Ferner waren Symptome von vorübergehender, anscheinend völliger Amaurose und Taubheit, später von Amblyopie bemerkenswert. Es handelte sich wahrscheinlich nicht um psychogene Erscheinungen. — Die histologische Untersuchung des Gehirns zeigte in den Ganglienzellen, besonders denen der tieferen Rindenschichten, eigenartige kugelige Gebilde. Sie entsprachen nach Form, Größe, Struktur und Färbbarkeit ganz den Corpora amylacea. Ein gleicher Befund ist bisher nur einmal von *Lafora* erhoben. Es ist möglich, daß diese Stoffe als Abbauprodukte zu deuten sind, die mit einer spezifischen, aber noch durchaus hypothetischen Stoffwechselstörung bei Myoklonusepilepsie zu tun haben. Einen spezifischen Befund stellen sie jedenfalls nicht dar, da vielfach Fälle von Myoklonus-Epilepsie ohne diese Einschlüsse in den Ganglienzellen beobachtet sind. *Josephy.*

6. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Andersen, Hans August*, Über Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 31 S. (S. 157*.)
2. *Arlitt, Ada Hart*, The effect of alcohol on the intelligent behavior of the white rat and its progeny. Psychol. monographs no. 115, p. 50.
3. *Bertheau*, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 157*.)
4. *Bolten, G. C.* (Haag), Ein Fall von Toxikomanie (*Féré*). Beitrag zur Kenntnis der Dipsomanie-Genese. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 5, S. 287. (S. 153*.)
5. *Bouman, K. H.*, Über sog. Grippepsychosen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 63 (II), p. 663.
6. *Bratt, Iwan* (Stockholm), Die Erfahrungen Schwedens bezüglich des Alkohols. Alkoholfrage H. 4, S. 204. (Aus: The public ledger, Philadelphia, vom 28. VIII. 19).
7. *Brüser, Adolf*, Über psychische und nervöse Erkrankungen bei und nach Influenza. Inaug.-Diss. Kiel. 24 S. (S. 157*.)
8. *Courtois, Suffit* et *Giroux*, La cocaine. Paris, Masson, 1918. Ref.: *Levi-Bianchini* cf. Il Manicomio vol. 34, p. 258.
9. *Demole, V.*, De la symptomatologie des psychoses post-grippales. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 39.
10. *Dieckmann*, Ein Beitrag zur Kenntnis von der Polyneuritis postdiphtherica. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 157*.)



11. *Eichhorst* (Zürich), Hirnstörungen bei Influenza. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 17.
12. *Fabinyi, R.*, Psychische Erkrankungen bei spanischer Krankheit. Orvosi hetilap.
13. *Finckh* (Osterode, Ostpr.), Weiteres zur Alkoholfrage. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 1, S. 104.
14. *v. Fischer-Benzon*, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 158*.)
15. *Friese*, Die postdiphtherische Neuritis. Inaug.-Kiel. (S. 157*.)
16. *Fürst, Kurt*, Abnahme des Alkoholismus an der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr. während des Krieges. Inaug.-Diss. Königsberg u. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 2/3, S. 861. (S. 151*.)
17. *Goldschmidt, W.* (Wien), Ergotismus und Tetanie. Wiener klin. Wschr. Nr. 17.
18. *Gonser, J.* (Berlin-Dahlem), Hugo von Strauß und Torney †. Alkoholfrage H. 4.
19. *Groß, Alfred*, Über akute Psychosen nach chronischem Mißbrauch von Veronal und Chloralhydrat. Inaug.-Diss. Breslau.
20. *Haug, W.* (Magdeburg-Sudenburg), Zwei Fälle von Luminalvergiftung. Münch. med. Wschr. Nr. 52, S. 1494.
21. *Herlitz, Fritz*, Beitrag zur Unfallschädigung des Zentralnervensystems durch Kohlenoxydgasvergiftung. Inaug.-Diss. Breslau.
22. *Hörlin*, Über das Auftreten von Psychosen nach Grippe. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 157*.)
23. *Hueber, Eduard*, Ein Fall von Luminalvergiftung mit tödlichem Ausgang. Münch. med. Wschr. Nr. 38.
24. *Hübner, A. H.* (Bonn), Über Dinitrobenzolvergiftungen. Vortragsber.: Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1272. (S. 156*.)
25. *Derselbe*, Akute tödlich verlaufende Schwefelkohlenstoffvergiftung. Neurol. Ztlbl. Nr. 24, S. 770. (S. 156*.)
26. *Jacob, Charlotte* (Königsberg i. Pr.), Über Nirvanolvergiftung. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1331. (S. 155*.)
27. *Joachimoglu, G.* (Berlin), Morphiumvergiftung und Scheintod. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1413.
28. *Josten, Willy*, Über den Rückgang der Alkoholistenaufnahmen bei der Zivilbevölkerung seit Ausbruch des Krieges an der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt zu Andernach. Inaug.-Diss. Bonn.
29. *Juarros, Cesar*, Morphiumentziehung. Siglo med. (Spanisch.)
30. *Klockenbrinck, Georg*, Ein Beitrag zur Lehre der Psychosen nach Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei Phlegmonen. Inaug.-Diss. Kiel.
31. *Koch*, Über postdiphtherische Neuritis. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 157*.)
32. *Koechlin, E.*, Therapie des chronischen Alkoholismus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9.



33. *König* (Bonn), Eukodalismus. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 320. (S. 155*.)

34. *Kremper, Rudolf*, Über die Abnahme der Alkoholpsychosen im letzten Weltkriege. Inaug.-Diss. Breslau u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Psych. Orig. Bd. 47, H. 4/5, S. 173. (S. 151*.)

35. Mailänder Kongreß gegen den Alkoholismus. 14. internationaler, 1913 v. 22.—27. Sept. Bericht, Leitsätze. Sonderdruck, Dahlem. Mäßigkeitsverlag. 1919.

36. *Meyer, Arthur W.*, Über Intoxikationserscheinungen (Schlafzustand-Krämpfe, peripherische Totalanästhesie) nach Novokain-Injektionen beim Menschen. Deutsche med. Wschr. Nr. 25. (S. 156*.)

37. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.). Über Pantoponismus und sonstigen Arzneimittelmißbrauch. Berl. klin. Wschr. Nr. 35, S. 817. (S. 154*.)

38. *Minssen, Ernst* (Jena), Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten. Psyche und Scharlach. Inaug.-Diss. Kiel. 21 S. (S. 157*.)

39. *Mueller-Roland*, Morphinismus. Reichs-Medizinal-Anzeiger Nr. 11. (S. 154*.)

40. *Pilcz, Alexander* (Wien), Nervös-psychische Störungen nach Typhus- bzw. Choleraschutzimpfungen. Wiener med. Wschr. Nr. 35.

41. *Pluer*, Über psychische Störungen bei Influenza-Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 157*.)

42. *Preisig* et *Amadian*, Les alcooliques sont ils des dégénérés? Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. vol. 3, p. 147.

43. *Römer, C.* (Hamburg), Pupillenveränderung bei Veronalvergiftung. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 1305. (S. 155*.)

44. *Schapper*, Psychose bei Diphtherie; Psychose bei Pyämie nach Drüsentuberkulose. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 157*.)

45. *Scheel, Hermann*, Ein Fall von akuter Alkoholhalluzinose. Inaug.-Diss. Kiel. 14 S. (S. 153*.)

46. *Schiff, A.* (Wien), Chronischer Saturnismus, Ulcus ventriculi und vegetatives Nervensystem. Wiener klin. Wschr. Nr. 15.

47. *Schlichting, Walter*, Welchen Einfluß hat der Alkohol auf die Nachkommenschaft? Inaug.-Diss. Berlin.

48. *Schneider, Emil* (Wittenberg), Zur Symptomatologie der Paranoia auf alkoholischer Basis. Inaug.-Diss. Kiel 18 S. (S. 154*.)

49. *Schütte, Karl*, Über Krankheitserscheinungen im Bereiche des Zentralnervensystems durch Kohlenoxydgas (Betriebsunfälle). Inaug.-Diss. Würzburg.

50. *Schultze, E.* (Göttingen), Ungewöhnliche, gewerbliche Kohlenoxydgasvergiftung. Berl. klin. Wschr. Nr. 5.

51. *Schweisheimer, W.* (München), Der Rückgang des Alkoholismus im Kriege. Öffentl. Gesundheitspflege 4. Jg., Nr. 10. (S. 153*.)

52. *Derselbe*, Eine neue Möglichkeit zur Bekämpfung des Alkoholismus. Ztschr. f. soziale Hygiene Nr. 4. (S. 153*.)



53. *Derselbe*, Ein Vorschlag zur praktischen Bekämpfung des Alkoholismus. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 878. (S. 152*.)
54. *Seelert, H.* (Berlin), Die psychischen Erkrankungen nach akuter Kohlenoxydgasvergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 1, S. 43.
55. *Siebert, Harald* (Libau), Die psychiatrische Stellung der pathologischen Rauschzustände. Neurol. Ztlbl. Nr. 19. S. 609. (S. 153*.)
56. *Stahr, Berthold* (Lüneburg), Über einige Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Inaug.-Diss. Kiel. 33 S. (S. 153*.)
57. *Stark, H.* (Freiburg i. B.), Über den Morphinismus aus eigener Erfahrung. Vortrag, 44. Wandervers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 31. V./1. VI. 19. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61. H. 2, S. 462. (S. 154*.)
58. *Stern, H.* (Charlottenburg), Ein Fall von Bromvergiftung durch Bromural mit paralyseähnlichen Symptomen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 45, H. 5, S. 374. (S. 155*.)
59. *Strauß, Erwin*, Zur Pathogenese des chronischen Morphinismus. Inaug.-Diss. Berlin. (S. 154*.)
60. *von Strauß u. Torney* †, Die höheren Stände und der Kampf gegen den Alkoholismus. Vortrag, gehalten am 19. Februar 1917 zu Braunschweig, veröffentlicht zum Gedächtnis des am 28. August 1919 Verstorbenen. Alkoholfrage Nr. 4. S. 171.
61. Trinkerfürsorge in Frankfurt a. M. 1909—1918. Frankfurter Wohlfahrtsblätter Nr. 4.
62. *Waldschmidt, J.* (Berlin), Neueres zur Beurteilung der Alkoholfrage. Therapie der Gegenwart. November. (S. 152*.)
63. *Widmer*, Zur Statistik des Delirium tremens. Inaug.-Diss. Zürich. (S. 152*.)

a) Alkoholismus.

Die Abnahme der Alkoholpsychosen im Weltkriege wird von *Kremper* (34) besprochen. Nach kurzer Schilderung der während der Kriegszeit in Kraft getretenen behördlichen Maßnahmen schildert er den Rückgang der Alkoholpsychosen in Breslau, der 93,3 %, für das Delirium tremens sogar 95,73 % betrug. Weibliche Alkoholisten fehlten im Kriege vollkommen. Die Anzahl der von der Landesversicherungsanstalt Schlesien übernommenen Heilverfahren infolge von Alkoholvergiftung war von 221 im Jahre 1914 auf 18 im Jahre 1916 heruntergegangen. Ebenso war eine starke Abnahme der Kriminalität zu verzeichnen, auch eine Statistik der Unfälle lieferte entsprechende Zahlen. Verf. tritt dafür ein, daß die behördlichen Maßnahmen gegen den Alkohol, welche eine so vorzügliche Wirkung gehabt haben, wenigstens zum Teil auch im Frieden beibehalten werden. Die Fortschritte in der Chemie und Technik gestatten es ohne weiteres, den produzierten Alkohol andern Bestimmungen zuzuwenden.

Über die Abnahme des Alkoholismus an der psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg während des Krieges berichtet *Fürst* (16). Schon vor dem Kriege



machte sich sowohl bei Männern wie bei Frauen ein deutliches Sinken der Alkoholerkrankungen bemerkbar, besonders im Zusammenhang mit der erhöhten Besteuerung im Jahre 1910. In der Zeit von 1914/15—1916/17 sank die Zahl der Alkoholerkrankungen von 12,03 % auf 3,97 %, gegen das letzte Friedensjahr sogar von 16,75 % auf 3,97 %. Auch unter den Militärpersonen machte sich deutlich ein Abfallen der Erkrankungsziffer bemerkbar, im dritten Kriegsjahr auf 3,38 % gegenüber 11,89 % im ersten. Bei Betrachtung der Ursachen, die zum Alkoholismus geführt haben, war sehr bemerkenswert das starke Steigen der psychopathischen Veranlagungen, das im engsten Zusammenhange mit der Vermehrung der pathologischen Rauschzustände steht. Auch Unfälle, in der Hauptsache Schädelverletzungen, beanspruchten einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz; ein Beweis, daß gerade diese Leute viel mehr den Schädigungen des Alkohols ausgesetzt sind. Unter den alkoholischen Frauen war die Hälfte bereits über 63 Jahre alt, von ihnen wurde als Getränk Kognak bevorzugt, während die Männer hauptsächlich Bier und Schnaps getrunken hatten. Beschränkung der Gelegenheit und Verteuerung des Alkohols besonders sind die Ursachen der erfreulichen Abnahme.

Widmer (63) bringt in einer Dissertation statistische Erhebungen über das Delirium tremens. Er weist nach, daß unter den Gesamtsaufnahmen der Züricher Heilanstalt eine relative Abnahme des Delirium tremens in den letzten 20 Jahren stattgefunden hat, und zwar von 12,7 auf 2,4 %. Von 439 Fällen entfielen 91 auf den Winter, 99 auf den Frühling, 153 auf den Sommer und 96 auf den Herbst. Die höchste Delirantenzahl entfiel auf die Zeit vom 40.—45. Lebensjahre, dann folgte der Abschnitt vom 35.—40. Jahre. Der jüngste Pat. war 19, der älteste 76 Jahre alt. 411 Fälle entfielen auf Männer, nur 28 auf Frauen. Die Durchschnittesdauer betrug früher 5—6 Tage, in den letzten Jahren dagegen nur 3—4. Kombinationen des Delirium tremens mit andern Geisteskrankheiten waren in 23 % der Fälle vorhanden, nur 2 % wiesen einen Übergang in die *Korsakow*sche Psychose auf. Die Mortalität belief sich auf 5,2 %. Nur 11 von den 439 Patienten verneinten bestimmt den Schnapsgenuß. Bei einem Drittel aller Fälle war das Delirium tremens mehr als einmal aufgetreten. Relativ häufig, im ganzen 26 mal war es nach der Inhaftierung ausgebrochen, dagegen war nur viermal ein Zusammentreffen mit einer kriminellen Handlung nachweisbar.

Der Erlaß eines Trinkerfürsorgegesetzes wird von *Waldschmidt* (62) als notwendig beantragt. Er will die Trinkerheilstätten mehr zu öffentlichen Einrichtungen ausgestalten und die zur Bekämpfung der Trunksucht bewilligten Mittel nicht allein der Vorsorge, sondern auch der Fürsorge überantwortet wissen. Verf. betont, daß von 52 Trinkerheilstätten nur 12 ihren eigentlichen Charakter in der Kriegszeit bewahrt haben; 11 haben ihre Einrichtungen neben ihrer bisherigen Arbeit andern Diensten nutzbar gemacht; 29 haben ihren Betrieb als solche vollständig eingestellt.

Schweisheimer (53) schlägt zur praktischen Bekämpfung des Alkoholmißbrauches vor, das im Kriege notgedrungenerweise hergestellte, praktisch alkoholfreie Bier auch im Frieden weiter zu verwenden. Dieses hat sich überall eingebürgert und ist allein imstande, als Ersatzgetränk zu dienen. Limonade und Mineral-



wässer dagegen haben das Friedensbier nicht zu verdrängen vermocht. Von einem allgemeinen Alkoholverbot verspricht sich Verf. nichts.

Mit denselben Fragen beschäftigt sich auch eine weitere Veröffentlichung *Schweisheimers* (52). Neben dem im Kriege hergestellten praktisch alkoholfreien Biere soll noch ein viel teureres Starkbier zum Ausschank gelangen. Letzteres wird sich seiner Ansicht nach wegen des hohen Preises wenig einbürgern. Das Alkoholgewerbe würde aber, da es das Ersatzgetränk selbst herstellt, trotzdem auf seine Kosten kommen. Während des Krieges ist der Gehalt des württembergischen hellen Bieres an Alkoholgewichtsprozenten von 3,46 auf 0,79, an Extraktgewichtsprozenten von 5,79 auf 2,28, an Stammwürze von 12,48 auf 2,88 zurückgegangen.

In einer weiteren Arbeit spricht *Schweisheimer* (51) über den Rückgang des Alkoholismus im Kriege. Er führt die bekannten Tabellen des Reichsgesundheitsamtes über die Zahl der wegen Alkoholismus in die Anstalten für Geisteskranke aufgenommenen Personen und die Statistiken verschiedener Kliniken an.

Bolten (4) leitet aus einer Reihe von Beobachtungen den Schluß ab, daß die Dipsomanie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nichts mit Epilepsie zu tun hat, und daß ferner ihre Genese sehr verschiedenartig ist. Die Dipsomanie ist niemals ein Morbus sui generis, sondern stets eine sekundäre Erscheinung. Zuweilen trifft man als die primäre Erkrankung einen Zustand allgemeiner geistiger Degeneration, in vielen Fällen sind die Kennzeichen der leichtesten Form der manisch-depressiven Psychose unverkennbar. In andern seltenen Fällen sind vielleicht organische oder funktionelle Psychosen als Grundursachen im Spiel.

Die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie sind das Thema der von *Stahr* (56) vorgelegten Dissertation. An einer Reihe von Beobachtungen wird ausgeführt, wie schwierig die Abgrenzung des Begriffes der Alkoholepilepsie ist. Der Verf. betont, daß man hierher nur diejenigen Fälle rechnen darf, in denen die Epilepsie im Anschluß an den Alkoholgenuß auftritt, und in denen durch völlige Abstinenz Heilung herbeigeführt wird.

Siebert (55) bezeichnet die Feststellung, ob ein pathologischer oder nicht pathologischer Rausch vorliegt, als eine der schwersten psychiatrischen Aufgaben. Er betont den großen Wert der Vorgeschichte, wenn früher einwandfrei abnorme Reaktionsformen beachtet sind, und hebt außerdem als ganz besonders wichtig überstandene Läsionen des Schädels und des Gehirns hervor. In zwei von ihm beobachteten Fällen hatte sich nach dem Trauma eine erhebliche Vermehrung des Durstgefühls eingestellt. In einer weiteren Beobachtung von pathologischer Alkoholreaktion hatte ohne Zweifel eine Lues cerebri den Boden für diese Zustände geschaffen. Interessant ist ferner die Feststellung, daß Bewußtseinsstörungen auch noch auftreten können, wenn der starke Alkoholgenuß bereits von einem mehrstündigen Schlaf gefolgt war.

Scheel (45) beschreibt einen Fall von akuter Alkohol-Halluzinose bei einem 42 jährigen Kaufmann. Dieser bekam nach jahrelangem starken Genuß geistiger Getränke eine Psychose, die durch zahlreiche Gehörstäuschungen, Angstgefühl und Wahnideen ausgezeichnet war. Gesichtstäuschungen dagegen fehlten vollkommen.



Nach 4½monatiger Behandlung in der Klinik verschwanden die Symptome vollkommen.

4 Fälle von Paranoia auf alkoholischer Basis werden von *Schneider* (48) geschildert. Die Frage, ob und inwieweit der Alkoholmißbrauch Ursache der Psychose ist, ist schwer zu beantworten, jedenfalls ist er aber als Hilfsursache anzusehen.

b) Morphium und andere Narkotika.

Strauß (59) betont, daß ein wirklich gesund veranlagter Mensch sich bald dem Zwange des Morphiums zu entziehen sucht, während andere sofort dauernd diesem Laster verfallen, weil durch die depressive Affektlage der Boden bereits vorbereitet ist. Von 36 Fällen der Charité geben 29 schon durch die Art des Beginns einen Anhalt für die Erkennung einer psychopathischen Veranlagung. In 5 Fällen lag die Veranlassung in einer chronischen organischen Erkrankung, in den beiden letzten in einer langdauernden Gewöhnung. In 19 Fällen boten die Krankengeschichten einen Anhalt dafür, daß eine allgemeine Neigung zu trauriger Verstimmung vorhanden war, die sich bereits in den Jugendjahren bemerkbar machte. Daneben trat auch die Neigung zur Einsamkeit und Absonderung hervor sowie das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit. Gerade in dieser Affektlage entfaltet das Morphium seine erlösende Wirkung. In 7 Fällen wurden Selbstmordversuche nachgewiesen. Es ist besonders wichtig bei der ausschlaggebenden Bedeutung der endogenen Ursache des Morphium, daß der Arzt die Notwendigkeit des ersten Gebrauches sehr streng prüft, damit die Kranken überhaupt die Wirkung des Morphiums nicht kennenlernen.

Die gleiche Forderung wird von *Mueller-Roland* (39) erhoben, der den Wert der Prophylaxe hervorhebt. Verf. verwirft die plötzliche Entziehungskur als brutal und ersetzt die Morphiuminjektionen durch innerlich dargereichtes Eumekon. Diese „Trinkmethode" ersetzt vollkommen das Morphium; die Patienten verzichten sofort auf jede weitere Einspritzung und befinden sich bedeutend besser als früher bei Morphiumgebrauch. Einen Teil der Patienten wird man nicht ganz vom Morphium befreien können, hier kommt es darauf an, die Menge herabzusetzen, und zwar möglichst tief unter das Entgiftungsmaximum. Es gibt Kranke genug, die nicht nur auf die schmerzlindernde Wirkung des Morphiums, sondern auch auf den tonisierenden Einfluß des Medikamentes überhaupt nicht verzichten können. Oft ist bei diesen auch das Eumekon eine gute Hilfe. Etwa 25 % der Morphinisten müssen sich mit einer solchen Reduktionskur begnügen, die andern werden frei vom Morphium, aber zum größten Teil bald rückfällig.

Stark (57) sieht in der sofortigen gänzlichen Entziehung des Morphiums das einzige sichere Mittel. Die Nachbehandlung soll so lange als irgend möglich bemessen werden. Im Beginn sind geschlossene Anstalten am besten, später können sie wegen der starren Hausordnung verzögernd auf die Heilung wirken.

Von einer Zunahme des Mißbrauches von Arzneimitteln, besonders des Pantopons berichtet *E. Meyer* (37) und führt 5 einschlägige Beobachtungen an. Die Erscheinungen des Pantoponismus deckten sich im wesentlichen mit denen des



Morphinismus, was auch nicht anders zu erwarten war, da Pantopon zur Hälfte aus Morphium besteht. Die Pantopondosen betrugen in den beschriebenen Fällen 0,08—0,8 täglich. In den 4 körperlich untersuchten Fällen war auffallenderweise nur einmal eine Störung der Pupillenreaktion vorhanden. Die Entwöhnung geschah durch sofortige Entziehung und ging ohne wesentliche Störung vor sich. Eigentliche gesetzliche Bestimmungen, die der freien Abgabe des Pantopons entgegenstehen, fehlen noch, da Nachträge zu dem Ministerialerlaß betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel nach 1906 nicht erschienen sind.

König (33) betont, daß die Gewöhnung an Eukodal und die damit verbundenen Veränderungen der Psyche, die Abstinenzerscheinungen und die Gefahr der Rückfälligkeit sich kaum von dem unterschieden, was wir bei Morphinismus zu sehen gewohnt sind. Bei einem Patienten mit schwerer Pfortaderthrombose und Herzfehler werden durch Eukodal zwar die Beschwerden gemildert, das körperliche Befinden aber sehr ungünstig beeinflußt. Bei der Entziehung des Mittels treten schwere Abstinenzerscheinungen ähnlich wie bei Morphinismus auf. Auch die Frau des Kranken, eines Arztes, hatte seit 10 Monaten Eukodal genommen. Hier waren die Abstinenzerscheinungen wesentlich milder. Beiden Fällen gemeinsam war der unmittelbar nach der Entlassung aus der Anstalt erfolgte Rückfall.

Einen Fall von Bromuralvergiftung beschreibt *Stern* (58). Der Kranke hatte, nachdem er schon vorher etwa 14 Tage lang 1,5 g Bromural genommen hatte, die Dosis rasch bis auf 6 g gesteigert und hatte eine Psychose bekommen, die an Paralyse erinnerte. Es waren Sprachstörung, Schriftstörung, Ataxie, Tremor, ferner Demenz, manischer Zustand, Euphorie, Gereiztheit und Größenideen aufgetreten, dann war die Stimmung in eine kurzdauernde Depression umgeschlagen. Nachher stellten sich die intellektuellen Funktionen wieder ein.

Jacob (26) konnte eine ganze Reihe von Vergiftungen durch Nirvanol beobachten. Das Mittel war in Dosen von 0,5 verabfolgt worden. Kurze Zeit nach Beginn der Medikation brach ein von Fieber begleitetes Exanthem aus, durchweg zwei Tage vor Auftreten des Ausschlages bekamen die Patienten ein eigentümlich gedunsenes, bläulichrotes, ödematöses Gesicht. Der Ausschlag war ganz verschieden, bald klein-, bald großfleckig, dann wieder mehr quaddelförmig. Bisweilen trat nachher auch eine Abschuppung ein. Eiweiß im Urin war nicht vorhanden, nur einmal leichte Ödeme der Extremitäten. Einen Einfluß auf die Psyche hatte die Erkrankung nicht. Es ist jedenfalls notwendig, das Nirvanol dem freien Handel zu entziehen.

Römer (43) hat unter 12 Fällen von Veronalvergiftung 10 mal spontane Veränderungen der Pupillenweite feststellen können. Bei einer Vergiftung durch Morphium und Veronal dagegen wurde das Schwanken der Pupillen vermißt, ebenso bei Vergiftungen mit Sulfonal, Luminal und Nirvanol. Die Erscheinungen waren viel ausgiebiger als bei der physiologischen Pupillenunruhe. In einem Falle konnte nachgewiesen werden, daß vor der Vergiftung kein krankhafter Befund vorhanden war; in 4 Beobachtungen verschwand mit dem Rückgang der Intoxikationserscheinungen auch das Schwanken der Pupille. Bei schwerstem Koma und kurz vor dem Tode verschwand das Phänomen. Bei klarem Sensorium und anscheinend völliger



Erholung war es ebenso vorhanden wie bei tiefer Bewußtlosigkeit. Eine Abhängigkeit von den Atemzügen konnte ausgeschlossen werden. Eine Erklärung finden die Erscheinungen durch periodischen Wechsel der Gefäßweite und des Blutdruckes, sie blieben aus bei absoluter Gefäßlähmung.

Meyer. (36) hat eine Reihe von Vergiftungen nach Novokain-Lokalanästhesie beobachtet. Er fand, daß bei subkutaner Injektion von Novokain die Patienten in einen etwa 3/4 Stunden dauernden Schlafzustand kommen können. Bei intravenöser Injektion können schon auf relativ kleine Dosen schwere Krampferscheinungen wie bei Epilepsie auftreten. Bei großen, subkutan, intramuskulär oder intravenös injizierten Mengen Novokain kann es sogleich zu Kollaps und Atemstillstand kommen, doch ist eine Erholung auch hier möglich. Im Anschluß an die Krampf- und Kollapserscheinungen kann es auch zu einer peripherischen Analgesie kommen. Vielleicht läßt sich dieser Umstand später auch für Operationen verwenden.

c) Andere Gifte.

Hübner (24) berichtet zunächst über die Nachuntersuchung, die er nach einem Jahre bei 5 an Dinitrobenzolvergiftung erkrankten Patienten vornehmen konnte. Die gröberen Seh-, Hör- und Gefühlsstörungen heilten nur ausnahmsweise aus, namentlich blieb ein immer wieder auftretendes Kriebeln in Händen und Füßen bestehen. Den Sehstörungen entsprach eine mehr oder weniger starke Optikusatrophie. Die Verbreiterung der Herzdämpfung war nur in einem Falle noch nachzuweisen. Reizbarkeit und Mattigkeitsgefühl waren nicht verschwunden, auch wurde über eine gewisse Erschwerung des Denkens geklagt. Im allgemeinen sind bei Dinitrobenzolvergiftung gröbere, chronische Störungen der Psyche selten, häufiger kommen akute Erregungs- und Verwirrtheitszustände vor. In einem gerichtlichen Verfahren hatte der Angeklagte geltend gemacht, daß er 1¼ Jahre in einem Dinitrobenzolbetrieb tätig gewesen sei und bei der Tat unter Einwirkung des Giftes gehandelt habe. Es bestanden jedoch nur leichte Vergiftungserscheinungen, die eine Anwendung des § 51 StGB. nicht begründeten. Im Gehirn eines Mannes, der sich absichtlich mit Dinitrobenzol vergiftet hatte, fand sich Hyperämie und Ödem der Häute; in Rinde und Mark sowie in den Zentralganglien und besonders in der rechten Kleinhirnhemisphäre waren kleine Blutungen zu sehen.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß das Gift in Alkohol löslich ist und dementsprechend nach reichlichem Alkoholgenuß stärker wirkt.

Eine akute, tödlich verlaufende Vergiftung beschreibt *Hübner* (25) bei einem 49 jährigen Manne, der gelegentlich eines Betriebsunfalls viel Schwefelkohlenstoff eingeatmet hatte. Er bekam infolgedessen Brechreiz, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Gedächtnisschwäche sowie eine psychische Depression. Das Leiden verschlimmerte sich immer mehr und führte nach 3½ Monaten zum Tode. Vorher war linksseitiger Babinski und zuletzt vollständige Bewußtlosigkeit eingetreten, auch waren in der Netzhaut einige frische Blutungen zu sehen. Die Obduktion wurde verweigert.

Während also der Beginn des Leidens durchaus typisch war, trat nicht, wie sonst, im allgemeinen Heilung ein, sondern eine zunehmende Verschlimmerung.



d) Infektionskrankheiten und sonstige Ursachen.

Schapper (44) konnte ein Deferveszenzdelirium bei Diphtherie beobachten, welches den Symptomenkomplex der Amentia bot. Auch katatonische Erscheinungen, wie Negativismus, Stereotypie und Verbigeration waren vorhanden. Ein weiterer Fall von Amentia war im Verlauf einer Drüsentuberkulose aufgetreten und endete tödlich infolge von Pyämie.

Dieckmann (10) hat einen Fall von Polyneuritis postdiphtherica beschrieben, der sich durch besonders schwere Lähmungserscheinungen auszeichnete. Ärztlich war eine Rachendiphtherie nicht festgestellt, der Pat. hatte nur über Halsschmerzen geklagt, aber kein Fieber gehabt. Mit demselben Thema beschäftigt sich *Friese* (15), dessen Beobachtung einen typischen Fall der generalisierten Form der postdiphtherischen Lähmung darstellt. Eine ähnliche Beobachtung ist in der Dissertation von *Koch* (31) beschrieben.

Hörlin (22) bringt 2 Fälle von Amentia nach Grippe. Beide endeten tödlich infolge von Lungenkomplikationen. Ebenso beschäftigt sich die Dissertation von *Pluer* (41) mit den psychischen Störungen bei Influenzapneumonie. Die beiden hier beschriebenen Patienten waren sehr verwirrt, motorisch stark erregt und hatten alle möglichen Sinnestäuschungen. Der erste Fall konnte als Delirium acutum bezeichnet werden, der zweite als Deferveszenzdelirium.

Einen Beitrag zu den psychischen und nervösen Erkrankungen bei und nach Influenza bringt *Brüser* (7). Er beschreibt zunächst einen Fall von Amentia nach Grippe. Ein am Ende der 2. Krankheitswoche auftretendes Erysipel übte auf den Verlauf der Psychose keinerlei Wirkung aus. Es trat Heilung ein. Eine zweite Beobachtung betrifft eine 35 jährige Frau, die nach Grippe an einer Depression melancholischer Art erkrankte, vorher aber auch schon psychisch nicht ganz intakt war. Ein dritter Fall zeigte eine typische Meningitis cerebrospinalis bei Influenza, die mit Lumbalpunktionen, Pyramidon und Urotropin behandelt war. Nach 7 Wochen war eine erhebliche Besserung eingetreten.

In der von *Minssen* (38) veröffentlichten Beobachtung handelt es sich um ein 20 jähriges, somatisch und psychisch schwer belastetes Mädchen, bei welchem im Anschluß an Scharlach im Stadium der Entfieberung eine Amentia auftrat. Das Krankheitsbild zeigte Anklänge an manische, hebephrene und katatone Zustände. Die Kranke war bereits früher wegen Hysterie in Anstaltsbehandlung gewesen. Es trat völlige Heilung ein.

Nach den Untersuchungen von *Andersen* (1) über Puerperalpsychosen steigt die Gefahr, von dieser Krankheitsform befallen zu werden, mit dem Alter der gebärenden Frau. Die unehelich Geschwängerten erkrankten leichter als die verheirateten Frauen. Mit dem Rückgang des Kindbettfiebers ist auch eine Abnahme der Wochenbettpsychosen zu verzeichnen. Verf. führt 8 Fälle aus der Kieler psychiatrischen Klinik an, so war einmal das Bild der Amentia vorhanden, zweimal Melancholie, einmal Manie, dreimal Katatonie und einmal Hysteroepilepsie. Bemerkenswert war, daß in einer Beobachtung der Harn reichlich Milchzucker enthielt.

Bertheau (3) bringt die Beschreibung eines Falles von postoperativer Psychose



bei einer 52 jährigen Frau, die wegen Ulcus ventriculi operiert war und im unmittelbaren Anschluß an den Eingriff geistig erkrankte. Das Zustandsbild war anfangs das eines deliranten Zustandes, später glich es einer hyperkinetischen Erregung. Zuletzt trat völlige Heilung ein. Verf. betont die große Seltenheit der Psychosen auch nach tief eingreifenden Operationen.

Dasselbe Gebiet behandelt *v. Fischer-Benzon* (14) in seiner Dissertation. Hier war es eine 31 alte Frau, welche nach der Blinddarmoperation an einer ängstlich-ratlosen Erregung mit Halluzinationen, starker motorischer Unruhe und vereinzelt auftretenden stuporösen Zuständen erkrankte. Völlige Heilung trat nicht ein, auch scheint die Pat. schon vorher geistig nicht intakt gewesen zu sein. Die Operation ist hier wohl nur als auslösendes Moment zu betrachten.

7. Idiotie, Imbezillität, Debilität, Psychopathie.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Abraham, H.*, Beitrag zur Kenntnis der Anenzephalie. Inaug.-Diss. Berlin 1919.
2. *Anton, G.*, Kopfröntgenbilder bei Entwicklungsstörungen. Sitzungsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 17.
3. *Feldmann, J.*, Der jetzige Stand der Lehre von der Tay-Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie. Klin. Mtschr. f. Augenheilk. Bd. 63.
4. *Ganter*, Über Linkshändigkeit bei Epileptischen, Schwachsinnigen und Normalen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75. (S. 160*.)
5. *Jacobsohn*, Gibt es eine brauchbare Methode, um Aufschluß über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen zu bekommen? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 46. (S. 163*.)
6. *Jödicke*, Ein Beitrag zum eunuchoiden Riesenwuchs. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 44. (S. 160*.)
7. *Jolly, Ph.*, Assoziationsversuche bei Debilen. Arch. f. Psych. Bd. 61. (S. 163*.)
8. *Lehmann, H.*, Vergleichende Untersuchungen über die Definitionsleistungen psychisch-intakter und leicht schwachsinniger Kinder. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 47. (S. 160*.)
9. *Ordahl, G.*, Heredity in feeble-mindedness. Training school bull. vol. 16.
10. *Peltasohn, F.*, Zur Kenntnis des Mongolismus. Inaug.-Diss. Würzburg.
11. *Pilcz, A.*, Erkennung und militärärztliche Beurteilung des Schwachsinns. Wien. med. Wschr. Jahrg. 69.
12. *Pophal, R.*, Ein Fall von chronischer Tetanie bei einem infantilen Schwachsinnigen. Inaug.-Diss. Greifswald 1919.
13. *Sarasin*, Assoziationen von erethischen Oligophrenen. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4.



14. *Schaffer, K.*, Neue Beiträge zur Mikromorphologie und anatomischer Charakterisierung der infantil-amaurotischen Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 46. (S. 160*.)
15. *van der Scheer, M. M.*, Verschiedene Fälle mongoloider Idiotie in derselben Familie. Nederl. Tijdschr. voor geneesk. Bd. 63.
16. *van der Scheer*, Über Mongolismus. Nederl. Maandsschr. voor Verlock, Vrowengen. en Kindergeneesk. Bd. 8.
17. *Schmincke*, Über multiple Narbenbildung in der Großhirnrinde kombiniert mit fibröser Leptomeningitis und Pachymeningitis haemorrhagica interna bei einem 5 Monate alten Kinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 51. (S. 161*.)
18. *Scholz, L.*, Anormale Kinder. 2. Aufl. von A. Gregor. S. Karger, Berlin. (S. 164*.)
19. *Schott*, Über die Ursache des Schwachsinns in jugendlichem Alter. Arch. f. Psych. Bd. 61. (S. 159*.)
20. *Stern, E.*, Beiträge zur Intelligenz- und Eignungsprüfung Minderbegabter. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 47. (S. 162*.)
21. *Stier, E.*, Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 45. (S. 164*.)
22. *Stoelzner, W.*, Zur Ätiologie des Mongolismus. Münch. med. Wschr. 1919, Nr. 52. (S. 160*.)

Schott (19) hat an der Hand von 1100 Krankengeschichten Schwachsinniger unter 16 Jahren versucht, eine Würdigung der in der Vorgeschichte aufgeführten ursächlichen Momente zu bringen. In den Kreis der Betrachtung wurden vor allem gezogen: erbliche Belastung mit Einschluß der Trunksucht der Erzeuger und Vorfahren, Blutsverwandtschaft und uneheliche Geburt, Kopfverletzungen und Geburtsschädigungen, Hirnleiden und Gichter, Infektionskrankheiten, englische Krankheit und Tuberkulose, seelische Schädigungen der Mutter in der Schwangerschaft. Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Die größte Bedeutung für die Entstehung des jugendlichen Schwachsinns kommt den Hirnerkrankungen zu; auf dieselben entfällt mindestens ein Drittel. Auf Erblichkeit und Trunksucht als alleinige Ursachen ist ein Fünftel zu rechnen. In rund einem Siebentel konnte eine Ursache nicht ermittelt werden. Die erbliche Belastung als alleinige Ursache stellt sich als eine besonders schwere Belastung dar; in mehr als zwei Dritteln dieser Fälle liegt Schwachsinn selbst bei den Vorfahren vor. In den Fällen, welche neben der erblichen Belastung noch andere ursächliche Beziehungen aufweisen (zwei Fünftel aller Fälle), setzt die erbliche Belastung die nervöse Widerstandsfähigkeit des kindlichen Gehirns so weit herab, daß eben diese anderen ursächlichen Umstände eine so schwerwiegende Fogeerscheinung zeitigen können. Dasselbe gilt von der Trunksucht. Blutsverwandtschaft und uneheliche Geburt kommen als solche nicht nennenswert in Betracht. Kopfverletzungen sind für die Entstehung des Schwachsinns nur dann verantwortlich zu machen, wenn ärztlicherseits tatsächlich eine erhebliche Schädigung (Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Krämpfe, Blutung aus dem Ohr u. a. m.) nachgewiesen ist; ebenso sind Geburtsschädigungen zu werten. Hirnleiden sind



von schwerstwiegender Bedeutung, ihnen sind die Gichter (8% als alleinige Ursache angegeben) zuzurechnen.

Ganter (4) fand Linkshändigkeit bei 146 Epileptischen 32 mal = 21,9%, bei 155 Schwachsinnigen 29 mal = 18,7%. Rechnet er zu den genannten Epileptischen und Schwachsinnigen noch die hinzu, die linkshändige Verwandte haben, so ergibt sich für die Epileptiker 45,9%, für die Schwachsinnigen 45,8%. Unter 93 anscheinend normalen Familien fand sich Linkshändigkeit in 29 Familien = 27,9%. Die Epileptiker stellen demnach den höchsten Prozentsatz. Ursache: In manchen Fällen wahrscheinlich halbseitige frühere Gehirnleiden. Eine bestimmte Beziehung zwischen halbseitiger Steigerung des Patellarsehnenreflexes oder größerem Umfang eines Armes und Linkshändigkeit besteht jedoch nicht. In vielen anderen Fällen ist die Ursache ungeklärt, so vor allem in den Fällen, wo Erblichkeit vorliegt. Hier ist die Linkshändigkeit wohl als Degenerationszeichen aufzufassen. Dafür spricht eben die häufige Verbindung mit Epilepsie, ferner mit Sprechfehlern, Bettnässen, Fazialisdifferenz, Debilität. Der Linkshändigkeit entspricht nicht ein größeres Gewicht der r. Hirnhemisphäre; es handelt sich lediglich um ein funktionelles Überwiegen.

Bei dem Falle von *Jödicke* (6) handelt es sich um einen 22jährigen Mann mit eunuchoidem Riesenwuchs: Größe 205, Hoden klein, fibrös, wie bei einem 5jährigen Kind; Scrotum klein, haarlos, Penis klein, ebenso Prostata; abgesehen vom Kopfhaar völliger Mangel an Behaarung am Körper. Leichter Grad von Mikrozephalie; hochgradiger Schwachsinn. Epiphysen noch offen, auffallende Länge der Extremitäten. Hereditäre Veranlagung: Großvater väterlicherseits Riese, Vater 235 cm, männlichen Eindruck, gut entwickelter Bartwuchs, hat 5 Kinder gezeugt. Bruder des Vaters, ebenfalls Riese, ohne Nachkommen; Geschwister ebenfalls auffällig groß, bieten sonst nichts Besonderes. Man muß annehmen, daß in Familien mit Riesenwuchs neben gesunden Individuen immer wieder solche eunuchoider Natur auftreten und daß sich diese Störung in der Regel auf die männliche Nachkommenschaft beschränkt.

Stoelzner (22) hat in der Anamnese von 3 Fällen von Mongolismus ein Ergebnis gefunden, das ihm bemerkenswert zu sein scheint. Die drei Mütter haben in den Schwangerschaften, die den Geburten der drei mongoloiden Kinder vorausgingen, folgende Beschwerden gehabt: wenig Appetit, Stuhlverstopfung, dabei trotz geringer Nahrungsaufnahme auffallenden Fettansatz, Haarausfall, Fehlen des Schwitzens, Kältegefühl, große Mattigkeit, gesteigertes Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf, gleichgültige Gemütsstimmung und Abnahme der geistigen Regsamkeit; also das Bild der Hypothyreoidie. Allerdings war die Anamnese in sieben anderen Fällen nicht charakteristisch.

Die Arbeit von *Schaffer* (14) ist vom Ref. schon andernorts (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 20) einer eingehenden kritischen Besprechung unterzogen worden. *Sch.* schließt auf Grund gewisser Abweichungen in der Rindentektonik, die er bei einem Falle fand, daß das Gehirn bei dieser Krankheit einen affenähnlichen Bau habe; er sieht darin den Ausdruck einer Organisationsminderwertigkeit des Gehirns. In der Gliaaffektion erblickt er nicht eine sekundäre Er-

krankung, sondern eine Eigenerkrankung der Glia. Es entartet somit nach *Sch.* bei der amaurotischen Idiotie nicht allein alles Neuronale, sondern auch alles gliöse Gewebe progressiv und elektiv; somit ist der Prozeß generell ektodermal. Die generell ektodermale Affektion deckt eine Keimblattschwäche auf. In der mangelhaften Myelogenese bei der infantilen amaurotischen Idiotie sieht er den Ausdruck einer Agenesie. Das Zentralnervensystem ist also bei dieser Erkrankung hochgradig und angeboren defekt infolge von 1. der embryologisch determinierten Schwäche vom ektodermalen Typus, 2. der neuropathischen Disposition auf Grund der pithekoiden Rindentektonik des Großhirns, 3. der höchst mangelhaften Myelogenese (fehlender Aufbau). Es ist also eine wichtige, ausschlaggebende Erkenntnis, daß das Gehirn bei *Tay-Sachs* hochgradig veranlagt ist. Diese Beweisführung *Schaffer*s hält der Kritik nicht stand. Von den angeführten Abweichungen der Rindentektonik ist überhaupt nicht bewiesen, daß es sich um affenähnlichen Bau handeln müsse; die Hemmung der Markscheidenbildung in den phylogenetisch jüngeren Systemen braucht nicht auf Agenesie zu beruhen, sondern kann bedingt sein durch frühzeitiges Einsetzen des Krankheitsprozesses bei der infantilen Form (sie fehlt bei der juvenilen, die später einsetzt). Die Gliaerkrankung trägt den Charakter der sekundären Affektion. Einen Rückschluß auf eine angeborene Minderwertig-Keimblattschwäche lassen die Beweise des Verfassers nicht zu.

Die Mitteilung *Schmincke*s (17) betrifft ein 5 Monate altes Kind: Steißgeburt, Anlegen der Zange am nachfolgenden Kopf, Geburtsdauer 30 Stunden, schwere Asphyxie; jedoch rasche Erholung. Zunächst gute Entwicklung; mit 2½ Monaten Krämpfe, seitdem Rückgang: still, trank nicht mehr ordentlich. Aufnahme in Kinderklinik: auffälig still, verdrehte oft die Augen, Reaktionen auf Lues negativ, im Lumbalpunktat stets etwas Blut. Zunächst psychisch etwas Fortschritte. Bronchopneumonie. Tod. Bei der Sektion fanden sich Pachymeningitis haemorrhagica interna, weißliche Verdickungen der Pia, multiple Narben im subkortikalen Mark. Mikroskop.: Weitgehend organisierte Pachymeningitis haemorrhagica interna mit frischen fibrinösen Auflagerungen an der Innenfläche, die der Pia zugewandten Partien sind dicht mit Leukozyten infiltriert und weisen zahlreiche Kokken auf. In der Pia einmal chronisch-entzündliche fibröse Verdickungen der Arachnoidea mit zahlreichen Einlagerungen von Hämosiderin, ferner frische Infiltration mit Leukozyten, deren Ursache in dem Befund reichlicher Kokken zu suchen ist. Die Gehirnnarben erwiesen sich von verschiedenem Bau: teils bindegewebig mit gliösem Mantel, teils rein gliös. In einigen noch Reste zentraler Nekrosen und Körnchenzellen, viel Hämosiderin, woraus *Schmincke* auf eine traumatische Genese schließt (Geburtstrauma), wie auch die Pachymeningitis haemorrhagica interna traumatisch bedingt ist. Die dichte leukozytäre Infiltration ist eine erst gegen das Ende des Lebens entstandene Komplikation, verursacht durch hämatogene Einwanderung von Kokken, ausgehend von der eitrigen Bronchitis und Bronchopneumonie.

Ziel der Untersuchungen von *Lehmann* (8) ist, festzustellen, inwiefern sich die intellektuellen Leistungen psychisch intakter und leicht schwachsinniger Kinder gleichen und unterscheiden. Zu diesem Zweck wurden fünf Altersklassen der Zöglinge der Heilerziehungsanstalt Meusdorf bei Leipzig mittels der *Gregor*schen



Definitionsmethode geprüft. Seine Ergebnisse faßt der Verf. dahin zusammen: Im Gegensatz zu den psychisch Intakten zeigen die Schwachsinnigen in ihren Produktionen sprachliche Mängel, die vor allem in einem gering differenzierten Sprachverständnis und Unsicherheit in der grammatikalischen Konstruktion bestehen; weiter primitive Ausdrucksweise, die wohl zum Teil aus inneren Gründen sich herleitet; vielfach verschwommenes Denken; geringen positiven Wissensumfang; spärlichen Ablauf der Assoziationen; mangelhafte Konzentrationsfähigkeit. — Andererseits haben sich vielfach übereinstimmende Züge in den logischen Leistungen beider Gruppen ergeben. Das Wesen der intellektuellen Reduktion bei leicht Schwachsinnigen liegt nicht darin, daß sie auf einer bestimmten höheren Stufe des Denkens plötzlich und vollkommen versagen. Insbesondere ist ihnen die Abstraktion an und für sich nicht immer und prinzipiell unmöglich, wenn sie diese in erfolgreicher Weise auch nur spärlich und bei leichten Begriffen auszuüben imstande sind. Es ist infolgedessen die Möglichkeit, bei leicht Schwachsinnigen durch geeignete pädagogisch-therapeutische Maßnahmen eine Besserung ihrer intellektuellen Leistungen zu erzielen, nicht von vornherein ausgeschlossen.

Die interessanten Untersuchungen *Sterns* (20) sollen einen Maßstab dafür bieten, wieweit sich auf Grund der Anwendung psychologischer Methoden ein Urteil über die berufiche Verwendbarkeit (bzw. militärische Brauchbarkeit) Minderbegabter und ihnen gleichzusetzender Kriegsbeschädigter gewinnen läßt. Er geht von folgender Fragestellung aus: „Welche Fähigkeiten muß ein Mensch besitzen, um überhaupt noch eine sozial wertvolle Arbeit leisten zu können?“ Die gewöhnlichen Methoden der Intelligenzprüfungen prüfen nur einen kleinen Ausschnitt, und zwar am wenigsten den für das praktische Leben wichtigen. Demgegenüber will Verf. Methoden anwenden, die den Anforderungen des praktischen Lebens sich anpassen; es kommt ihm weniger auf die theoretische als auf die praktische Intelligenz an. Zu diesem Zweck unterwirft *St.* mittels einfacherer und komplizierterer Methoden eine Reihe von psychischen Teilfunktionen, wie sie im praktischen Leben von besonderer Wichtigkeit sind, einer psychologischen Prüfung: 1. die Psychomotilität — die motorische Geschicklichkeit, die er definiert als Fähigkeit, Bewegungen ruhig, zweckmäßig, schnell und sicher auszuführen; 2. die Reaktionszeit; 3. die Zuordnungsfähigkeit, d. i. die Fähigkeit auf einen Reiz die entsprechende Bewegung auszuführen (die Mehrzahl der schwachsinnigen Versuchspersonen ist z. B. nicht in der Lage, sich gleichzeitig auf Reize auf zwei Sinnesgebiete, z. B. Klopf- und Lichtsignale, einzustellen); 4. Aufmerksamkeit, und zwar sowohl momentane wie dauernde Spannung der Aufmerksamkeit; 5. rationelles Handeln. Hierzu wurden einmal die sogenannten Intelligenzfragen von *Binet-Simon* benutzt, andererseits wurde praktisch geprüft, indem die Versuchspersonen vor Aufgaben gestellt wurden, die mehr oder minder überlegtes Handeln erforderten; 6. Erklärung und Ergänzung von Bildern; 7. Willensvorgänge, wobei ebenfalls wieder momentane (Druckdynamometer) und Dauerspannung (Ergograph nach *Mosso*) geprüft wurden. Durch besondere Berechnung wurde ein Gesamtquerschnitt der Leistungen gewonnen, deren wichtigste die Psychomotilität und die Aufmerksamkeit sind. — Alle Versuchspersonen, die dem Verf. als gut und im praktischen



Dienst brauchbar geschildert worden waren, stehen in seiner Liste an erster Stelle, und alle die, die als nicht arbeitsfähig oder bei der Truppe als nicht bildungsfähig bezeichnet worden waren, nehmen die untersten Plätze ein.

Jolly (7) hat Assoziationsversuche bei Debilen und Normalen mittlerer Intelligenz angestellt. Sämtliche Versuchspersonen stammten aus ländlichen Bevölkerungskreisen, hatten nur die Volksschule besucht und auch später weder durch weitere Schulung noch durch ihren Beruf eine besondere höhere Bildung erlangt. Zur Prüfung wurden im allgemeinen die von *Römer* benutzten Reizworte verwandt. Während die Normalen zur Bevorzugung von Assoziationen neigen, haben die Debilen in der Regel sowohl untereinander als dem Normalen gegenüber verschiedene Assoziationen. Bei der genaueren Untersuchung von debilen Erwachsenen empfiehlt es sich, auch im Einzelfall auf das Symptom der geringeren Neigung zu bevorzugtesten Assoziationen zu achten, und zwar durch Prüfung mit einer Anzahl von beim Vergleich mit Normalen erprobten Reizworten, wobei auch die sonstigen für Assoziationen Debiler bekannten Charakteristika hervortreten. Bei leichteren Fällen kann das Symptom jedoch fehlen, für eine Abstufung der Fälle ist es bei Erwachsenen nicht geeignet. Die schon mehrfach als für Schwachsinnige charakteristisch festgestellte Reaktion nach dem Wortsinn des Reizwortes bewirkt mit der Neigung, zu dem Reizwort etwas auszusagen, eine größere Mannigfaltigkeit der debilen Assoziationen, die sich sowohl in der geringeren Anzahl ihrer bevorzugtesten Assoziationen ausdrückt, als auch in dem sonstigen Verhalten und grammatikalischer Verschiedenheit der Assoziationen. Es zeigt sich darin nicht eine größere Vielseitigkeit der Schwachsinnigen-Gedankenwelt, es weisen diese Tatsachen vielmehr darauf hin, daß die Gedanken der Schwachsinnigen, und zwar nicht nur bei solchen Prüfungen — wie ja auch ihre Handlungen — weniger den allgemeinen für den Durchschnitt der Normalen geltenden Regeln folgen, weniger in den von diesen erworbenen Bahnen verlaufen. Wie sich etwa besonders hochstehende, originale Individuen hierin verhalten, darüber fehlen Erfahrungen.

Im Anschluß an den amerikanischen Arzt Dr. Fernald ist *Jacobsohn* (5) bei seinen Untersuchungen folgendermaßen vorgegangen: Es werden Jugendlichen von 12—15 Jahren sieben Blätter in die Hand gegeben. Auf jedem Blatt ist eine Straftat aufgeschrieben, die Jugendliche einmal begangen haben. Die Straftaten sind nach Art, Veranlassung und nach dem angerichteten Schaden verschieden und steigern sich von harmlosen bis zu ganz schweren. Der Jugendliche wird aufgefordert, sich die Blätter genau durchzulesen und sie so zu ordnen, daß nach seinem Verständnis und Gefühl das Blatt, auf welchem das leichteste Vergehen erzählt wird, zu oberst, und das Blatt, auf welchem das schwerste Vergehen berichtet ist, zu unterst zu liegen kommt, und die anderen so zu legen sind, daß immer das Blatt mit dem relativ leichteren nach oben zu, und dasjenige mit dem relativ schwereren weiter nach unten zu liegen kommt. Vor der Ausführung vergewissert man sich, ob der Jugendliche den Inhalt jedes auf einem Blatt aufnotierten Vergehens auch richtig verstanden hat. Wenn der Jugendliche die Ordnung beendet hat, notiert der Untersuchende sich die getroffene Reihenfolge auf und fragt nun den Jugendlichen bei jedem Vergehen, warum er das eine Vergehen für leichter, das andere



für schwerer hält. Die Urteile, die der Jugendliche dabei abgibt, werden möglichst wörtlich, so wie er sie gibt, aufgeschrieben. Nach der Reihenfolge, die der Jugendliche gibt, und nach der Begründung, warum er sie so, wie er es getan, gegeben hat, wird zum Schluß das Urteil über das Maß seines sittlichen Fühlens gefällt. Gewählt wurden sieben Vergehen. An 16 Protokollen wird das Verfahren erläutert. Verf. hält die Methode für brauchbar. Es zeigt sich, daß bei sittlich gefestigten Jugendlichen die Verschiedenheit in der Reihenfolge eine viel geringere ist als bei sittlich Unreifen. Die Methode eignet sich gleichzeitig recht gut zur Prüfung der Intelligenz.

Das Buch von *Scholz* (18) ist bereits beim Erscheinen der ersten Auflage eingehend besprochen worden. Es ist zu begrüßen, daß *Gregor* das Werk des Verf., der sein Leben auf dem Feld der Ehre gelassen hat, einer Neubearbeitung unterzogen hat, bei der unnötige Längen ausgemerzt und andererseits neuere Fortschritte, namentlich auf dem Gebiet der praktischen Fürsorge, gebührende Berücksichtigung erfahren haben.

Stier (21) teilt die Psychopathen in zwei Gruppen ein: erstens solche Psychopathen, bei denen alle triebhaften Tendenzen und die ihnen zugehörigen Elementargefühle nicht nur stark sind und kraftvoll dauernd alles Denken und Handeln dominierend leiten, sondern in ihrer Stärke das gewünschte Maß überschreiten bis zu krankhafter Entgleisung und dadurch der Entwicklung aller höheren und sittlichen Strebungen und Gefühle im Wege stehen. Diese Individuen zeichnen sich durch einen kräftigen Elementartrieb zur Aneignung und Einverleibung von Nahrungsmitteln aus, durch brutales Durchsetzen rein egoistischer Triebe, durch Neigung zu Grausamkeit, oft auch durch verfrühte Entwicklung des sexuellen Trieblebens. Bei dem zweiten Typus, dem mehr passiven Typus, sind alle die genannten Tendenzen nur schwach entwickelt; die hierhergehörigen Individuen, körperlich meist wenig widerstandsfähig, zeigen meist neuropathische Züge: Überempfindlichkeit auf allen Sinnesgebieten, vasomotorische Übererregbarkeit mit Neigung zu Kopfschmerzen, Ermüdbarkeit, Störungen des Schlafes, im Zusammenhang damit Schwäche und ungenügendes Nachhalten aller Willensregungen. Solche Kinder neigen stark zu Unlustgefühlen, sind beim Essen wählerisch, neigen zu schwer ausrottbaren schlechten Angewohnheiten, Einnässen, sind ängstlich, schüchtern, oft sprunghaft. Verf. weist darauf hin, wie schwierig es ist, derartige Zustände in der Sprechstunde zu erkennen, wie wichtig eine gute Anamnese und besondere Beobachtungsabteilungen sind. Für die Behandlung leichterer Fälle kommt Aufklärung der Eltern in Betracht, schwere Fälle sind aus dem Haus herauszunehmen und in Horten unterzubringen bzw. in Erziehungsanstalten, wo eine besondere Erziehung gewährleistet wird. Neben der eigentlichen Schul- bzw. Berufserziehung ist besonders wichtig die erziehliche Einwirkung außerhalb des Unterrichtes: Erziehung zu fester Tageseinteilung, planmäßiger Ausbau der Spieltätigkeit.

8. Neurosen.

Ref.: Hans Laehr-Wernigerode.

1. *Andree*, *Waldemar*, Über die inneren Beziehungen zwischen Paralysis agitans und den bei ihr vorkommenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
2. *Anton*, *G.* (Halle), Dr. Bernhard Aschners Buch über die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes und ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Ein Bericht und eine Studie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 18, S. 77. (S. 186*.)
3. *Apel*, *R.* (Rostock), Nystagmus und Kopfwackeln. Klin. Mtbl. f. Augenheilkunde Bd. 63, S. 565.
4. *v. Artwinski*, *Eugen* (Krakau), Beiträge zur hysterischen Taubstummheit und Stummheit. Beobachtungen während des Krieges. Neurol. Zentralbl. S. 454.
5. *Derselbe*, Über traumatische Neurosen nach Kriegsverletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 242. (S. 177*.)
6. *Barbe*, *A.*, Les étapes mentales des commotionnés. Rev. neur. vol. 26, p. 441.
7. *Bauer*, *Jul.* (Wien), Kriegsneurosen und Konstitution. Wien. med. Wschr. S. 2241. (S. 180*.)
8. *Derselbe* und *Schilder*, *P.* (Wien), Über einige psychophysiologische Mechanismen funktioneller Neurosen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, S. 279. (S. 176*.)
9. *Baumann*, *Friedr.*, Über periodische Muskellähmung. Inaug.-Diss. Kiel.
10. *Becker*, *Rafael* (Königsfelden), Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie für Ärzte und gebildete Laien. Zürich, Orell Füßli. 32 S. 2 Fr. (S. 181*.)
11. *Becker*, *Werner H.* (Herborn), Über geringere Anfallfrequenz der Epileptiker bei Nachlassen der Lebensenergie. Fortschr. d. Med. S. 124. (S. 183*.)
12. *Benda*, *Th.* (Berlin), Zur Umwertung der Kriegs- und Unfallneurosen. Allg. med. Zentralztg. Nr. 25. (S. 179*.)
13. *Bénon*, *R.*, Guerre: facteur étiologique. Commotions — émotions — surménage. Presse méd., no. 36.
14. *Berends*, *Alfr. Henricus*, Über das zeitliche Auftreten psychischer Symptome bei der Chorea chron. progr. Inaug.-Diss. Kiel.
15. *Birnbaum*, *Karl* (Buch), Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. 7. Zusammenstellung für 1918. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 18, S. 1.
16. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Hysterie bei Kindern. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 63, II, p. 915. (S. 182*.)

17. *Derselbe*, Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Fragilitas ossium congenita (Osteopsathyrosis infantilis). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, S. 343. (S. 185*.)
18. *Derselbe*, Ein Fall familiären angioneurotischen Ödems, kompliziert mit Tetanie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, S. 360. (S. 185*.)
19. *Derselbe*, Über das angioneurotische (akut umschriebene) Ödem. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, S. 201. (S. 185*.)
20. *Boven, Will.* (Cery), Religiosité et épilepsie. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 4, S. 153. 1918. (S. 182*.)
21. *Brunzel, H. F.* (Braunschweig), Über einen Fall von chronischem, in Attacken auftretendem spastischen Ileus bei einer schwer nervös belasteten Patientin. Laparatomie. Heilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 149, S. 414. (S. 176*.)
22. *Büscher, Julius*, Über psychogene Störungen bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Kiel.
23. *Caesar, Friedrich* (Runkel), Beiträge zur Lehre von den epileptischen Verwirrtheitszuständen. Inaug.-Diss. Kiel.
24. *Cohn, Walter* (Wismar), Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 106 u. S. 157. (S. 184*.)
25. *Curschmann, H.* (Rostock), Zur Diagnose und Therapie der Menièreschen Zustände. Vortrag, Verein Norddeutscher Psych. u. Neurol. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 17, S. 253 (s. diese Z. Bd. 75, S. 260—62).
26. *Derselbe*, Diagnostisches und Therapeutisches bei Menièreschen Symptombildern. Ther. Monatsh. S. 9. (S. 184*.)
27. *Derselbe*, Über sensible und sensorische Tetanie. Münch. med. Wschr. S. 983. (S. 184*.)
28. *Derselbe*, Über den mono- und pluriglandulären Symptomenkomplex der nichtpuerperalen Osteomalazie. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 129, S. 93. (S. 185*.)
29. *Densow, Fritz* (Jena), Über einen Fall von traumatischer Spätapoplexie. Münch. med. Wschr. S. 816.
30. *Deutsch, H.*, Epilepsie mit Zwergwuchs. Wien. klin. Wschr. S. 700.
31. *Dieckmann, Karl* (Hamborn), Ein Beitrag zur Kenntnis von der Polyneuritis postdiphtherica. Inaug.-Diss. Kiel.
32. *Dohrendorff, Ernst*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Neurosen, die durch Kriegseinflüsse entstanden sind. Inaug.-Diss. Jena.
33. *Drescher, Fritz* (Eßleben), Epilepsie und Unfallbegutachtung IV. Epilepsie und Psychopathie. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 184*.)
34. *v. Düring* (Obererlenbach), Beurteilung jugendlicher Psychopathen. Vortrag, Ärzteverein Frankfurt a. M.; Aussprache: *Hanauer*, *Raecke*, *Flesch*, *Ascher*, *Rosenhaupt*, *Hahn*, *Düring*. Münch. med. Wschr. S. 427 u. 452. (S. 180*.)

Duschak, *E.*, Zur konservativen Behandlung der Epilepsie. Wien. med. Wschr. S. 882. (S. 183*.)

Edzard, *Dietz L.* (Straßburg), Ein Beitrag zur Frage der Lues-Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, S. 298.

Engelen und *Rangette* (Düsseldorf), Neue Forschungswege bei traumatischen Neurosen. Berlin, Schötz. 64 S. 4,50 M. (S. 176*.)

Engelhardt, *Karl Erich*, Über psychisch-nervöse Erkrankungen bei Militärpersonen im Kriege. Inaug.-Diss. Marburg.

v. Engelmann, *Herrmann* (Stettin), Zur Symptomatologie der Epilepsie. Inaug.-Diss. Kiel.

Farrar, *Clarence B.* (Ottawa), Neuroses among returned soldiers. Types and indications. Boston med. and surg. J., 7. u. 14. Nov. 1918.

Ferenczi, *S.* (Budapest), Sonntagsneurosen. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanal. Bd. 5, Nr. 1. (S. 175*.)

Derselbe, Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse. Ebendort.

Derselbe, Hysterie und Pathoneurosen. Intern. psychoanal. Bibl. Nr. 2. Leipzig und Wien, Psychoanal. Verlag. 78 S. 4 M. (S. 175*.)

3 a. *Fink*, *Hermann* (Pfullingen), Epilepsie und Unfallbegutachtung. II. Unfall durch Anfall. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 184*.)

4. *Fischer*, *Heinr.* (Gießen), Psychopathologie des Eunuchoidismus und dessen Beziehungen zur Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 50, S. 11. (S. 186*.)

5. *Derselbe*, Eunuchoidismus und heterosexuelle Geschlechtsmerkmale. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 52, S. 117. (S. 186*.)

6. *Frank*, *Casimiro* (Rom), Afasia e mutismo da emozioni di guerra. Il manicomio, ann. 34, p. 15.

7. *Friedländer*, *A. A.* (jetzt Freiburg i. B.), Die Behandlung epileptischer Anfälle (Luminaltherapie). Ther. Monatsh., Dez. (S. 183*.)

7 a. *Friedländer*, *Erich* (Lindenhaus), Ein Fall von absonderlicher retrograder Amnesie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14 u. 15/16. (S. 178*.)

8. *Friese*, *Bernhard*, Die postdiphtherische Neuritis. Ein Beitrag zur Geschichte ihrer Erforschung und Behandlung. Inaug.-Diss. Kiel.

19. *Gerstmann*, *Josef* (Wien), Zur Frage der Pathogenese, der Klassifizierung und der Behandlung der Neurosen nach Kriegsschädigungen. Wien. med. Wschr. S. 931.

50. *Ghillini*, Contributo allo studio sul processo di formazione delle psiconeurosi. Rassegna di studi psich. vol. 8, p. 14.

51. *Goldberg*, *Erich*, Die ambulante Behandlung der Kriegsneurotiker in Ambulantenstationen für Nervenkranke. Deutsche Ztschr. f. Nervenkrankh. Bd. 64, S. 118. (S. 179*.)

52. *Goldscheider*, *A.*, Über die krankhafte Überempfindlichkeit und ihre Behandlung. Leipzig, G. Thieme. 92 S. 3,60 M. + 25% T.-Z.

53. *del Greco*, *Francesco* (Aquila), La „instabilità mentale“ degli psicopati



di guerra. Riv. ital. di Neurol., Psich. ed Elettr. vol. 12 fasc. 1. (S. 178*.)

54. *Greßmann*, *Kurt*, Über den Status epilepticus. Inaug.-Diss. Kiel 1918.
55. *Gruber*, *G. B.*, und *Lanz*, *H. F.* (Mainz), Ischämische Herzmuskelnekrose bei einem Epileptiker nach Tod im Anfall. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 90. (S. 183*.)
56. *Grunwald*, *Emil*, Zur Symptomatologie der Hysterie. Inaug.-Diss. Kiel.
57. *Gutzeit*, *Walter* (Kreuzburg O.-Schl.), Die „akute Kriegshysterie". Psych.-neurol. Wschr. S. 131. (S. 182*.)
58. *Haenel*, *Hans* (Straßburg i. E.), Die hysterische Parakinesie. Neurol. Zentralbl. S. 294.
59. *Hartenberg*, *P.*, Quelques nouveaux signes prémonitoirs des paroxysmes épileptiques. Presse méd. no. 22.
60. *Derselbe*, Une conception nouvelle de l'épilepsie. Presse méd. no. 66.
61. *Hartstein*, *Georg*, Das sog. hysterische Fieber. Inaug.-Diss. Berlin.
62. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Erfahrungen aus der Behandlung der Epilepsie mit Luminal. Münch. med. Wschr. S. 1319. (S. 183*.)
63. *Hebold*, *Otto* (Wuhlgarten), Das Luminal bei der Behandlung der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 424.
64. *Heimsoeth*, *Fritz*, Ein Fall von Eunuchoidismus, ein Beitrag zur Kasuistik. Inaug.-Diss. Freiburg i. B.
65. *Heinicke*, *W.* (Waldheim), Zur Kasuistik kriegshysterischer Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1. (S. 178*.)
66. *Heller*, *Th.* (Grinzing), Psychasthenische Anfälle. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 19, S. 94. (S. 180*.)
67. *Hellpach*, *Willy* (Karlsruhe), Die Kriegsneurasthenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 177. (S. 177*.)
68. *Henszelman*, *Aladar* (Budapest), Einige Daten über die elektropsychische Behandlung der Kriegsneurosen. Neurol. Zentralbl. S. 578. (S. 179*.)
69. *Herrmann*, *Albert*, Zur Symptomatologie der Chorea chron. progr. Inaug.-Diss. Kiel.
70. *Herrmann*, *G.* (Prag), Epileptische Anfälle mit typischer vollständig gleichartiger Symptomatologie bei Zwillingen. Med. Klinik S. 1028. (S. 183*.)

70a. *Herzig*, *Ernst* (Wien), Zur Ätiologie der nach Granatkommotion auftretenden psychotischen Zustände. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. (S. 178*.)

71. *Hirsch*, *Max* (Berlin), Hysterie und operativer Eingriff. Deutsche med. Wschr. S. 493. (S. 176*.)
72. *v. Holst*, *W.* (Rostock), Zur Kenntnis paranoider Symptomenkomplexe bei Epilepsie (epileptische Halluzinose). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 49, S. 373. (S. 183*.)
73. *Horn*, *P.* (Bonn), Über die Bedeutung der Disposition bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 257. (S. 176*.)



3a. *Derselbe*, Weitere Ergebnisse zur Abfindung von Unfallneurosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 2. (Siehe Nr. 73 des Lit.-B. über 1918.)

4. *Jellinek*, *Stefan* (Wien), Spätsymptome des epileptischen Anfalls als diagnostische Kriterien. Wien. med. Wschr. S. 2195 u. 2248. (S. 182*.)

5. *Jödicke*, *P.* (Stettin), Ein Beitrag zum eunuchoiden Riesenwuchs. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 44, S. 385.

6. *Johnson*, *W.*, Symptoms of hyperthyreoidism in exhausted soldiers. Brit. med. j., March 22 th.

7. *Jolowicz*, *Ernst* (Posen), Statistik über 5455 organische und funktionelle Nervenerkrankungen im Kriege. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 52, S. 145. (S. 181*.)

8. *Kahane*, *M.* (Wien), Kriegsneurosen. Wien. med. Wschr. S. 345.

9. *Kamprad*, *Joh. Ernst*, Hysterie bei Soldaten. Inaug.-Diss. Kiel.

0. *Kastan*, *Max* (Königsberg i. Pr.), Vorstellung eines Falls von Dystrophia myotonica. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wschr. S. 557.

1. *Derselbe*, Beitrag zur Kenntnis der mit Erhöhung der Rigidität der Muskeln einhergehenden erworbenen Krankheiten des Nervensystems (Pseudosklerose). Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 477. (S. 184*.)

82. *Kempner*, *Alfons* (Charlottenburg), Ein Fall von Pupillenstörungen im hysterischen Anfall. Neurol. Zentralbl. S. 222. (S. 176*.)

83. *Kirschhauser*, *Walter*, Über zwei der Paralysis agitans nahestehende Krankheitsbilder. Inaug.-Diss. Berlin.

84. *Kläsi*, *Jakob* (Zürich), Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen angeborener und hysteriform erworbener Homosexualität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 52, S. 54. (S. 185*.)

85. *Kleinknecht*, *Berthold*, Beitrag zur Lehre von der Spätepilepsie. Inaug.-Diss. Tübingen.

86. *Knapp*, *Albert* (Düsseldorf), Sprachstörungen bei Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 226. (S. 182*.)

87. *Derselbe*, Die Epilepsia spastica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 47. (S. 183*.)

88. *Knauer*, *A.*, und *Billigheimer*, *E.*, Über organische und funktionelle Störungen des vegetativen Nervensystems unter besonderer Berücksichtigung der Schreckneurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 50, S. 199. (S. 180*.)

89. *Koch*, *Robert* (Aleppo), Über postdiphtherische Neuritis. Inaug.-Diss. Kiel.

90. *Kollarits*, *Jenö* (Budapest), Untersuchungsmethode und Grundlage der hysterischen Pseudoanästhesie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 49, S. 87. (S. 176*.)

91. *Kräpelin*, *E.* (München), Zur Epilepsiefrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych, Orig., Bd. 52, S. 107. (S. 181*.)

92. *Kretschmer*, *Ernst* (Tübingen), Entwurf zu einem einheitlichen Begut-



achtungsplan für die Kriegs- und Unfallneurosen. Münch. med. Wschr. S. 804.

92a. *Derselbe*, Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 45, S. 272. (S. 178*.)

93. *Krisch*, *Hans* (Greifswald), Die psychischen Erscheinungen der Eunuchoiden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 136. (S. 186*.)

94. *Krüger*, *Herm.* (Berlin), Über „konstitutionelle Affektübererregbarkeit" und „Affektdämmerzustände". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 44, S. 286. (S. 180*.)

95. *Kühn*, *Adolf* (Wernigerode), Hysterie als Komplikation der Epilepsie im Kindesalter. Neurol. Zentralbl. S. 290. (S. 183*.)

96. *Derselbe*, Über Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der psychischen Epilepsie in gerichtsärztlicher Beziehung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. Bd. 57, S. 111.

97. *Küppers*, *E.* (Freiburg i. B.), Bau und Funktion der sog. Komplexe bei Hysterischen. Vortrag. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 459. (S. 175*.)

98. *Landau*, *E.* (Bern), Neuropathologische Kriegserfahrungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte S. 33. (S. 179*.)

99. *Landauer*, *Karl* (Frankfurt a. M.), Die symptomatische Neurasthenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 316. (S. 177*.)

100. *Derselbe*, Zur Psychodynamik der Kriegshysterie und ihrer Heilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 48, S. 249. (S. 177*.)

101. *Leibholz*, *Ernst*, Zur Pathogenese der Dystrophia adiposo-genitalis, im speziellen bei Hydrozephalus. Inaug.-Diss. Berlin.

102. *Leppmann*, *Friedr.* (Berlin), Polyneuritis nach Verletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 49, S. 198. (S. 184*.)

103. *Levy-Suhl*, *Max* (Berlin), Über die dreifache psychische Wurzel der hysterischen Krankheitserscheinungen. Deutsche med. Wschr. S. 130. (S. 176*.)

104. *Lewandowsky*, *M.* (Berlin) †, Die Kriegsschäden des Nervensystems und ihre Folgeerscheinungen. Berlin, J. Springer. 95 S. 5 M. (S. 177*.)

105. *Lipschütz*, *Alexander* (Bern), Die physiologischen und pharmakologischen Grundlagen der modernen Brombehandlung bei Epilepsie. Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 16, S. 421. (S. 183*.)

106. *Löwy*, *Erwin* (Steglitz), Ein Fall von traumatischer Neurose vor 100 Jahren. Berl. klin. Wschr. S. 753.

107. *Lüth*, *John* (Wolfenbüttel), Über Chorea minor mit Psychose. Inaug.-Diss. Kiel.

108. *Maillard*, *G.*, et *Brune*, Grippe et épilepsie. Presse méd. p. 70.

109. *Marburg*, *Otto* (Wien), Einige Probleme der Epileptikerfürsorge. Wien. klin. Wschr. S. 217. (S. 183*.)

110. *Marguliés* (Prag), Die hysterische Fazialislähmung. Med. Klinik S. 60. (S. 181*.)



111. *May, Ernst Albert*, Über Todesfälle im Anschluß an den epileptischen Anfall. Inaug.-Diss. Freiburg i. B.

112. *Mayer, K. E.* (Ulm), Elektrosuggestive Behandlung hysterischer Stupor- und Dämmerzustände. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 381. (S. 179*.)

113. *Mendel, Kurt* (Berlin), Torsionsdystonie (Dystonia musculorum deformans, Torsionsspasmus) in monographischer Bearbeitung unter Mitteilung von zwei eigenen Beobachtungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 309. (S. 184*.)

114. *Meyer, E.* (Königsberg), Einwirkung äußerer Ereignisse auf psychogene Dämmerzustände. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 465. (S. 179*.)

115. *Meyer, Max* (Köppern), Epikritische Bemerkungen zur Einteilung und Beurteilung der kriegsneurotischen Störungen. Med. Klinik S. 998.

116. *Mirallié, C.*, Des resultats du traitement de l'épilepsie par le régime achloruré et le bromure. Bull. de l'acad. de méd., III. Serie, vol. 81, p. 398.

117. *Morgenstern, Hans* (Bayreuth), Epilepsie und Unfallbegutachtung. III. Die ungerechtfertigte Anerkennung der genuinen Epilepsie als Unfallfolge. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 184*.)

118. *Müller, Josine* (Schmargendorf), Epilepsiebehandlung mit Luminal. Deutsche med. Wschr. S. 580. (S. 183*.)

119. *Muskens, L. J. J.*, Prognose der Epilepsie nach Schädelimpression. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 63, I, p. 1460. (S. 184*.)

120. *Nagy* (Innsbruck), Zur Heilwirkung der Strahlenbehandlung bei Epilepsie. Deutsche med. Wschr., S. 297. (S. 184*.)

121. *Naville, F.*, Hysterie ou pithiatisme? Rev. méd. de la Suisse rom. no. 1.

122. *Neuda, Paul* (Wien), Das Wesen der Hysterie. Wien. med. Wschr. Nr. 5/6. (S. 175*.)

123. *Derselbe*, Zur Pathogenese der Neurose (das Willensphänomen). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 52. S. 129. (S. 175*.)

124. *Neutra, W.* (Baden b. Wien), Behandlung von Kriegsneurosen mit Suggestion unter Hypnose. Wien. klin. Wschr. S. 856. (S. 179*.)

125. *Nießl v. Mayendorf, E.* (Leipzig), Zur Symptomatologie und Pathogenese der Granatkommotionsneurose. Med. Klinik S. 115 u. 140. (S. 177*.)

126. *Derselbe*, Epilepsie und Heeresdienst. Wien. med. Wschr. S. 1170.

127. *Derselbe*, Hysterische Kontrakturen nach Schußverletzung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, S. 69. (S. 177*.)

128. *Nonne, M.* (Hamburg), Isolierte reflektorische Pupillenstarre bei einem gesunden Erwachsenen als Ausdruck einer Lues congenita. Neurol. Zentralbl. S. 1. (S. 185*.)



129. *Odier*, *Charles*, Étude de psychologie de guerre à propos de la „Camptocormie". Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte S. 841 u. 882. (S. 178*.)

130. *Oehme*, *C.* (Göttingen), Familiäre akromegalieähnliche Erkrankung, besonders des Skelettes. Deutsche med. Wschr. S. 207. (S. 186*.)

131. *Pagniez*, *Ph.*, et *Lieutaud*, *P.*, Phénomènes de type anaphylactique dans la pathogénie de certaines crises comitales. Presse méd. no. 69.

132. *Pappenheim*, *M.* (Wien), Kriegsneurose und Psychogenie. Bemerkungen zur Arbeit von K. Richter (gl. Z. 1917, Nr. 52). Wien. klin. Wschr. S. 369. (S. 177*.)

133. *Parhon*, *C. D.*, et *Stocker*, *A.*, Sur un cas d'acromégalo-gigantisme. Rev. neur. vol. 26, p. 573.

134. *Pellacini*, *Guiseppe*, Le psiconevrosi nei militari. Il policlinico, fasc. 7.

135. *Peltesohn*, *Siegfr.* (Berlin), Über die Verkennung der Psychogenie von Deformitäten. Berl. klin. Wschr. S. 842. (S. 178*.)

136. *Pensky*, *E.*, Nirvanol bei Epilepsie. Med. Klinik S. 364. (S. 183*.)

137. *Perrin*, *M.*, et *Richard*, *G.*, Troubles endocrines et épilepsie tardive. Rev. neur. vol. 26, p. 698.

138. *Pfister*, *Hermann* (Berlin), Zur Diagnose der Epilepsie. Deutsche militärärztl. Ztschr. S. 185. (S. 182*.)

139. *Pineles* (Wien), Kriegsneurosen und innere Sekretion. Wien. med. Wschr. Nr. 45.

140. *Popper*, *Erwin* (Prag), Über psychogene Schmerzen nach Nervenverletzung. Wien. klin. Wschr. Nr. 26. (S. 178*.)

141. *Pulay*, *Erwin* (Wien), Über einen Fall von Myasthenia gravis mit Autopsie. Neurol. Zentralbl. S. 263.

142. *Derselbe*, Thyreoidismus und Morbus Basedowii als eine Form der traumatischen Neurose. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 88, S. 87. (S. 178*.)

143. *Quack*, *Hans*, Über die Selbstbeschädigung bei Hysterischen. Inaug.-Diss. Kiel.

144. *Redlich*, *Emil* (Wien), Epilepsie und andere Anfallkrankheiten. Wien. med. Wschr. Nr. 13. (S. 182*.)

145. *Derselbe*, Zur Pathologie der Epilepsie nach Schädelverletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 48, S. 8. (S. 182*.)

146. *Reimann*, *O.* (Obrawalde), Zur Frage der Behandlung hysterischer Anfälle. Neurol. Zentralbl. S. 298. (S. 182*.)

147. *Rein*, *Oskar* (Landsberg), Beitrag zu den Kriegspsychosen der Zivilbevölkerung und zur Psychologie des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 329.

148. *Richter*, *August* (Purkersdorf), Neurosenbehandlung im Feldspital. Wien. med. Wschr. S. 2098. (S. 179*.)

149. *Richter*, *Hugo* (Budapest), Gibt es eine Kriegsepilepsie? Hirnpathol. Beitr. a. d. hirnhistologischen Institut der Universität Budapest, herausgegeben von K. Schaffer, Bd. 2, S. 131, und Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 46, S. 131. (S. 183*.)



150. *Rittershaus*, *E.* (Hamburg), Zur Frage der Kriegshysterie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 50, S. 87. (S. 181*.)

151. *Röper*, *E.* (Hamburg), Schwere postdiphtherische Lähmungen nach Wunddiphtherie. Neurol. Zentralbl. S. 450.

152. *Röttges*, *Heinrich* (Wadgassen), Über Chorea und Choreapsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

153. *Rohde*, *Max* (Erfurt), Die Vorgeschichte bei Neurosen und ihre Bedeutung für die Dienstbeschädigungsfrage. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, S. 664.

154. *Scarpini*, Mutismo di guerra ed altre turbe isteriche del linguaccio. Rassegna di studi psich. vol. 8, p. 28.

155. *van Schelven*, *Th.* (Haag), Trauma und Nervensystem. Mit gleichmäßiger Berücksichtigung der Kriegserfahrungen der Ententeländer und der Mittelmächte. Berlin, S. Karger. 303 S. 16 M. (S. 177*.)

156. *Schick*, *Leo* (Michelsrombach), Epilepsie und Unfallbegutachtung. V. Unklare und diagnostisch besonders schwierige Fälle. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 184*.)

157. *Schilder*, *Paul* (Wien), Rigor als postparoxysmale Erscheinung bei Epilepsie. Wien. klin. Wschr. S. 777. (S. 182*.)

157 a. *Derselbe*, Psychogene Parästhesien. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, S. 221. (S. 176*.)

158. *Schmidt*, *Herm.* (Wuhlgarten), Über die Ursachen und Auswirkungen epileptischer Erkrankungen und ihren Einfluß auf Zurechnungs- und Verfügungsfähigkeit. Med. Klinik Nr. 52. (S. 184*.)

159. *Schott* (Stetten), Aszendierende Myelitis oder Hysterie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, S. 133. (S. 178*.)

160. *Schramm*, *Fridolin* (Würzburg), Epilepsie und Unfallbegutachtung. I. Die epileptiformen Erscheinungen im Gefolge der dauernden traumatischen Hirnschädigung. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 184*.)

161. *Schroeder*, *P.* (Greifswald), Epilepsie im Kriege. Med. Klinik S. 292. (S. 183*.)

162. *Schüller*, *Artur* (Wien), Zur Behandlung der Kriegsneurosen. Wien. med. Wschr. S. 973.

163. *Schuster*, *P.* (Berlin), Über die Beziehungen zwischen Hautnaevi und Nervenleiden. Neurol. Zentralbl. Nr. 8. (S. 184*.)

164. *Schyra*, *Emil*, Plötzlicher Tod bei Chorea minor. Inaug.-Diss. Breslau.

165. *Semrau*, *Franz*, Über multiple einseitige Hirnnervenlähmung. Inaug.-Diss. Breslau.

166. *Siebert*, *Harald* (Libau), Hysterische Dämmerzustände. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 153.

167. *Singer*, *Kurt* (Berlin), Die zukünftige Begutachtung traumatischer Nervenkrankheiten. Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 85 u. 101. (S. 179*.)

168. *Derselbe*, Das Kriegsende und die Neurosenfrage. Neurol. Zentralbl. S. 330. (S. 179*.)



169. *Sommer, R.* (Gießen), Weitere Heilungen von psychogener Taubheit und Taubstummheit. Deutsche med. Wschr. S. 10. (S. 179*.)

170. *Specht, G.* (Erlangen), Einige historische und ästhetische Nebengedanken über die Erfahrungen mit den psychogenen Kriegsstörungen. Münch. med. Wschr. S. 1406. (S. 181*.)

171. *Steinitz, E.*, Ein Fall von hysterischer Amaurose und Abasie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, S. 256. (S. 179*.)

172. *Stekel, W.* (Wien), Sonntagsneurosen. Ztschr. f. Sexualwissenschaft Bd. 6, S. 145. (S. 175*.)

173. *Sterling, W.* (Warschau), Über traumatische Anosmie zerebralen Ursprungs. Neurol. Zentralbl. S. 482.

174. *Derselbe*, Über eine eigenartige Form des hysterischen Dämmerzustandes im Anschluß an das Stadium des Erwachens und über deren Beziehungen zur Lethargie und Narkolepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.. Bd. 45, S. 45.

175. *Stern, Heinrich* (Freiburg i. B.), Neue Gesichtspunkte zum gegenwärtigen Neurotikerproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 49, S. 189. (S. 179*.)

176. *Stier, Ewald* (Berlin), Zur Frage der militärischen Rentenversorgung der Psychopathen und Neurotiker. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung S. 157. (S. 179*.)

177. *Stransky, E.* (Wien), Behandlungs- und Beratungsstellen für Psychisch-Nervöse. Wien. med. Wschr. S. 435. (S. 179*.)

178. *Derselbe*, Hysterie als Anlagedefekt und Hysteriefähigkeit. Wien. med. Wschr. S. 2329 u. 2386. (S. 175*.)

179. *Strauß, Otto* (Berlin), Über Wirkung der Strahlenbehandlung bei Epilepsie. Deutsche med. Wschr. S. 103. (S. 183*.)

180. *Strohmayer, Wilhelm* (Jena), Über die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangsneurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 167. (S. 180*.)

181. *Stuchlík, Jaroslav* (Rot-Kostelec), Über einen psychoanalytisch behandelten Fall von Neurosis cordis. Čas. cesk. lék. vol. 56, p. 851.

182. *Teudeloff, Friedrich* (Harburg), Über Chorea minor und ihre psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel.

183. *Tomaschny* (Stralsund), Der Bauchdeckenreflex in seiner Beziehung zum epileptischen Krampfanfall. Med. Klinik. S. 639. (S. 182*.)

184. *Tramer, M.* (Zürich), Untersuchungen aus dem Gebiete der Epilepsie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 11. (S. 181*.)

185. *Voß, G.* (Düsseldorf), Über psychogene Schmerzen nach Nervenverletzung. Münch. med. Wschr. S. 16. (S. 178*.)

186. *Weiler, Karl* (München), Ein Jahr Kriegsneurotikerbehandlung im 1. Bayer. A.-K. Münch. med. Wschr. S. 401 u. 531. (S. 179*.)

187. *Westlinning* gen. *Dropmann, Clemens*, Beitrag zur hysterischen Erkrankung bei Geschwistern. Inaug.-Diss. Kiel.



188. *Wexburg, Erwin* (Wien), Erkrankungen der peripheren Nerven im Kriege. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 49, S. 14.

189. *Wichmann, Ralf* (Pyrmont), Traumatische Lähmung des Radialis prof. mit psychogener Sensibilitätstörung. Neurol. Zentralbl. S. 555. (S. 178*.)

190. *Wolter, Karl* (Niederaußem), Epilepsie der Kriegsteilnehmer. Inaug.-Diss. Kiel.

Unter Pathoneurose versteht *Ferenczi* (43) eine Neurose infolge organischer Erkrankung oder Verletzung; sie kommt nach ihm dadurch zustande, daß die von der Außenwelt zurückgezogene Libido sich dem erkrankten oder geschädigten Organ zuwendet (z. B. Lutschen am hohlen Zahn mit Lustgefühl). Pathoneurose und Hysterie — auch Kriegshysterie — werden im Sinne *Freud*s besprochen; jedes hysterische Symptom ist heterotope Genitalfunktion.

Gegen *Ferenczis* (41) Herleitung der „Sonntagsneurose" vom Ödipuskomplex wendet sich *Stekel* (172). „Nervös sein, heißt: etwas nicht sehen wollen." Alle Neurotiker benutzen die Arbeit als Ablenkung, schaffen sich Aufregungen und Konflikte; Politik, Liebe, selbst Zwangsvorstellungen, Zweifel, Angstzustände dienen dem Nichtsehenwollen und helfen über die leeren Stunden hinweg. Ablenkung vom Ich wird erstrebt, indem man nie fertig wird, selbst auf der Elektrischen arbeitet, Riesentouren macht, immer mit Fahrplan und Karte, beständig Gesellschaft sucht usw. Die Unbefriedigten, Erbitterten, Liebessucher, ohne es sich eingestehen zu wollen, kämpfen am Sonntag, in den Ferien gegen die begrabenen Wünsche, die ins Bewußtsein wollen.

Eigenartig verwertet *Neuda* die Auffassung der Hysterie als Willenskrankheit. Er leitet (122) die hysterischen Erscheinungen von gestörter Korrelation zwischen überwertigem höheren Bewußtsein und minderwertigem Affektleben ab, die im Willen wirksam werde. Der hysterische Wille stelle sich (123) im Sinne Schopenhauers „als objektiver (metaphysischer), vom Medium der Erkenntnis unabhängiger Wille" dar, der infolge angeborener Minderwertigkeit des „Mediums der Erkenntnis" minderwertige, stärker affektbetonte Vorstellungen vorfinde und nicht erst auf Motive, sondern auch auf Reiz anspreche; das Material zu den hysterischen Erscheinungen geben die Begleitaffekte der reproduzierten Vorstellungen sowie konditionelle und konstitutionelle Schäden ab. Beide Arbeiten lesenswert.

Stransky (178) betrachtet als Grundform des hysterischen Charakters den Typus ethisch Defekter, dessen gleichbleibendes Hauptmerkmal die Simulations-, die Deckanlage ist. Diese macht sich vor allem geltend, indem antisoziale Strebungen vor dem eigenen bewußten Ich verdeckt werden. Daraus entsteht die Krankheit Hysterie, sobald der Deckungsprozeß den Weg nimmt nach dem Versagen der seelischen und damit auch der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die krumme Linie für die seelische Reaktion ist habituell, eingeschliffen, daher kein Affekt tiefgehend. Jeder Mensch ist hysteriefähig, um so mehr, je ungefestigter, unentwickelter, labiler er ist.

Küppers (97) unterscheidet Ausgangs- und Zielkomplexe bei Hysterischen; affektbetonte, unangenehme Ereignisse, nicht verdrängt, sondern wachgehalten,



werden zu Ausgangspunkten und dienen als Rüstzeug, dagegen wird das Endziel. die Lebenssicherheit, das auf dem Umweg über das Mitleid erstrebt wird, beiseite gestellt, das Mittel wird Zweck und das Aufdecken des Ziels erregt berechtigte Entrüstung.

Gegen die Ansicht, daß Hysterie allein aus psychischer Wurzel (noogener. thymogener, epithymogener) erwachsen könne, macht *Levy-Suhl* (103) geltend. daß dazu auch eine psychophysische Bereitschaft gehöre, die bei Gesunden und Unbelasteten nur durch ungewöhnliche Einwirkungen hervorzurufen sei.

Kollarits (90) will die Entstehung der — meist iatrogenen — hysterischen Pseudoanästhesie dadurch vermeiden, daß er nicht fragt: „Spüren Sie das?", sondern: „Ich werde Sie jetzt mit diesem Pinsel berühren und Sie müssen jedesmal sofort antworten: jetzt".

Hirsch (71) beschreibt einen interessanten Fall von hysterischer Nachahmung einer voraufgegangenen Peritonitis, *Brunzel* (21) einen solchen von Ileusanfällen bei einer Krankenschwester, der früher der Wurmfortsatz entfernt war; bei dieser wies die Operation eine Reihe von 1 cm breiten, fast weißen Kontraktionsringen auf, die sich durch leichten Druck an jeder Stelle des Dünn- und Dickdarms erzeugen und durch leichte Massage, die den Darminhalt durch den Kontraktionsring trieb, fast ganz beseitigen ließen. *Kempner* (82) sah in einem Falle bei hysterischen Anfällen Pupillenerweiterung, -differenz und -starre.

Horn (73) konnte bei Schreckneurosen mit hysterischen Erscheinungen ausnahmslos nervöse Krankheitsbereitschaft nachweisen, ohne hysterische Erscheinungen nur in 20 %. Als Unfallneurose des vegetativen Nervensystems hat die Schreckneurose an sich mit der Hysterie nichts zu tun, verbindet sich aber bei bestehender Disposition mit ihr wie bei anderer Disposition mit Glykosurie, Basedow, endogenen Psychosen usw., die durch die Gemütsbewegung nicht verursacht, nur ausgelöst werden. Aber nicht nur bei den Emotions- und weiter bei den Rentenkampfneurosen, sondern auch bei den Intoxikations- und Elektroneurosen ist die individuelle Disposition von großer Bedeutung für die Krankheitsentwicklung, während bei der Kommotions- und Thermoneurose das Krankheitsbild dadurch nur sekundär beeinflußt wird.

Schilder (157 a) zergliedert in drei Fällen die Entstehung psychogener Parästhesien. Nachdem *Bauer* (8) bei sicher rein funktionellen Neurosen nicht nachahmbare Kleinhirnstörungen nachgewiesen und *Schilder* nicht nur in der Hypnose das kalorisch bewirkte physiologische Vorbeizeigen suggestiv unterdrückt. sondern auch bei organischer Schädigung des Gleichgewichtsapparates und dadurch bedingtem Nystagmus und spontanem Vorbeizeigen dies Vorbeizeigen durch hypnotische und posthypnotische Suggestion verhindert hatte, suggerierte *Sch.* bei Ohrengesunden ohne Drehschwindel Schwindel und Übelkeit und rief dadurch bei zwei Personen — die übrigen reagierten nicht mit richtigem Drehschwindel — Störungen der Zeigereaktion hervor.

Engelen und *Rangette* (37) behandeln eingehend die Wichtigkeit des Assoziationsversuchs, besonders bei gleichzeitiger Aufzeichnung der Atmungs- und Armvolumskurve, für die Auffassung des Einzelfalls von traumatischer Neurose



und empfehlen die Einrichtung besonderer psychologischer Laboratorien unter ärztlicher Leitung, durch die nicht nur den Rentenbegehrungen die Wirkung entzogen, sondern auch die wissenschaftliche Klärung und Therapie der traumatischen Neurosen gefördert werden könne.

Aus *Lewandowskys* kurzer, aber guter Kriegsneuropathologie (104), nach seinem Tode von *Singer* herausgegeben, sei die Bemerkung angeführt, daß nicht nur akute Kopftraumen, Verschüttung u. dgl., sondern auch die mehr chronischen Einflüsse des Kriegsdienstes, Unbilden der Witterung, körperliche Anstrengungen, dauernde seelische Spannung sehr wohl Paralyse auslösen können. *van Schelvens* weitläufiges, aber ungleichmäßiges Werk (155), das auch die Neurosen auf 25 Seiten behandelt, ist wertvoll durch die Benutzung der ausländischen Arbeiten.

Nach *Hellpach* (67) sind „die Kriegsneurosen den notwendigen Weg vom hysterischen zum neurasthenischen Typus tatsächlich gegangen". *H.* geht näher auf Ursachen, individuelle Disposition, Prognose und Behandlung der Feldneurasthenie ein, die ausgezeichnet sei durch Gedächtnisschwäche, Interessenverödung, Geschlechtsstumpfheit, Pavor noct., Herzneurose, Tabaksucht, Gemütsbedrücktheit und Fehlen von Hypochondrie, während die Heimatneurasthenie vor allem reizbare Schwäche, besonders der Psyche, abnorme Ermüdbarkeit zumal der geistigen Leistungen, Unruhe und seelische Haltlosigkeit, aber auch ohne Hypochondrie, aufweise.

Landauer (99) versucht die neurasthenischen Erscheinungen von der symptomatischen Neurasthenie her zu erklären. Im Felde sei oft Neurasthenie diagnostiziert worden, wo andere Krankheiten vorlagen, aber Pflichtgefühl oder militärischer Zwang zum Durchhalten trieb. Die Schwäche führe durch Ausfall von Hemmungen, zur Steigerung der Reflexe und, weil die stoßweisen Antriebe zum Durchhalten die noch vorhandene Kraft zu stark aufpeitschen, zur Reizbarkeit. Ähnlich seien wohl auch das fibrilläre Muskelflimmern und das Zittern, die vasomotorischen und sekretorischen Reizerscheinungen zu erklären. Übergänge und Mischungen mit Hysterie sind häufig, weil Gegenantriebe leicht geweckt werden.

Pappenheim (132) stützt die Möglichkeit, daß auch bei der Entstehung von Kriegsneurosen Begehrungsvorstellungen mitwirken. Nach *Landauer* (100) lag die Krankheitsbereitschaft in den letzten Kriegsjahren bei den Soldaten in der Luft.

v. Artwinski (5) beobachtete bei Neurosen nach Schußverletzungen auch Erscheinungen, die von hysterischen durchaus abwichen und auf physiogene Nervenstörungen schließen ließen. In solchen Fällen zeigten auch die motorischen Lähmungen im Gegensatz zu hysterischen eine eigentümliche Abhängigkeit von niederen Temperaturen.

Nießl v. Mayendorf (127) führt hysterische Kontrakturen nach Schußverletzung in manchen Fällen auf den plötzlichen Verlust der Empfindungen durch Shock zurück; ist die sensible Leitung zur Hirnrinde nur für eine Muskelgruppe aufgehoben, so erhalten die Antagonisten dauerndes Übergewicht. Unter Commotio versteht er (125) nicht nur die körperliche, sondern auch die seelische Erschütterung. die beide abnormes Verhalten der Blutgefäße bewirken (bald Dermographie, bald dauernde Pulsbeschleunigung usw.). So leitet er auch die plötzliche Folge der





Erschütterung, Bewußtseinsverlust oder -trübung, von spastischer Verengerung der Großhirnarterien ab. Auf dem Boden solcher vasomotorischer Anomalien trete dann eine gesteigerte Suggestibilität ein, welche die hysterischen Folgeerscheinungen hervorbringe.

Pulay (142) sah in zwei Fällen wenige Wochen nach Granaterschütterung typischen Morb. Basedow entstehen. Beidemal lag deutlich abnorme Konstitution vor. Die gesteigerte Tätigkeit des Sympathikus erkläre alle Erscheinungen des Morb. Basedow; die Struma sei Folge von Arbeitshypertrophie.

Herzig (70 a) tritt in seiner Besprechung der Ätiologie der nach Granatkommotion auftretenden psychotischen Zustände für *Oppenheim*sche Anschauungen ein, ohne Neues zu bringen.

Kretschmer (92 a) zergliedert im Anschluß an sein Buch über sensitiven Beziehungswahn 4 Fälle psychogener Wahnbildung bei chronischer traumatischer Hirnschwäche sehr lehrreich auf die Beteiligung von Charakter, organischer Hirnschwäche und Erlebnis an der Entstehung der Wahnideen.

del Greco (53) versteht unter Haltlosigkeit (Instabilità) die Neigung zu plötzlichen Bewußtseinsänderungen, die sowohl die Vorstellungen wie die Affekte, also die ganze Persönlichkeit, betreffen. Er findet sie besonders bei Paranoiden, sei es, daß Argwohn und Stolz bei jeder vermeintlichen Berührung ihrer Person sie völlig verändert, oder daß sie ohne Ursache solche Veränderungen erleiden (zyklothyme Paranoide), ferner bei Hysterischen, bei denen namentlich das Übergreifen des Unterbewußten in die bewußte Persönlichkeit zu solchen Veränderungen führt, bei Epileptischen, überhaupt bei Neurotikern, zumal den Psychoneurasthenikern und den „Ängstlich-Emotiven". Da Ermüdung, geistige und gemütliche Überanstrengung und Intoxikation die Haltlosigkeit im Sinne des Verfassers begünstigen, ist sie bei Kriegsneurotikern sehr verbreitet und muß vor allem in der kriegsgerichtlichen Praxis beachtet werden.

Als Kamptokormie hat *Souques* eine nach Verwundung und Kommotion nicht so seltene Beugehaltung des Rumpfes nach vorn bezeichnet, die *Odier* (129) als psychogen erweist. Auch *Peltesohn* (135) deckte allerlei für organisch gehaltene und mit Apparaten behandelte Deformitäten als psychogen auf, darunter eine von *Müller* als eigenartige Verschüttungskrankheit beschriebene Vorwärtsbeugehaltung mit Schiefstellung des Beckens.

Popper (140) stimmt mit *Voß* (185), der bei Schmerzen nach Nervenverletzung mit Massage, exzessiven Bewegungen und aktiven energischen Übungen nicht immer vollen Erfolg, aber Arbeitfähigkeit erzielte, im übrigen überein, findet aber, daß jener in der Annahme hysterischer Überlagerungen zu weit geht, und betont, daß funktionelle Störungen nicht psychogen zu sein brauchen.

Wichmann (189) teilt einen interessanten Fall von traumatischer Lähmung des Rad. prof. mit psychogener Sensibilitätsstörung mit. *Heinicke* (65) sah hysterischen Dämmerzustand eintreten nach rascher Beseitigung eines seit Monaten bestehenden psychogenen Krampfes der r. Hand. *E. Friedländer* (47 a) beschreibt einen Fall von wahrscheinlich autosuggestativer, sich über 16 Monate hinstreckender Amnesie ohne Dämmerzustand. Bei einem Patienten *Schotts* (159), der nach körper-



licher starker Anstrengung bei Hitze und seelischer Erregung zusammengebrochen war, und bei dem man Hitzschlag, auch Myelitis angenommen hatte, stellte sich schließlich deutliche Hysterie heraus; Genesung. *Steinitz* (171) schildert den weiteren Verlauf und die Heilung einer von *Oppenheim* (D. Z. f. N. 57) für Veronalvergiftung erklärten, sich dann aber als hysterisch erweisenden Erkrankung.

E. Meyer (114) berichtet über das Schwinden psychogener Dämmerzustände aus Anlaß der Revolution.

Mayer (112) erzielte bei hysterischem Stupor und Dämmerzuständen gute Erfolge durch elektro-suggestive Behandlung und empfiehlt sie auch für die Friedenszeit. *Neutra* (124) führt den Vergleich Hypnose : verbale Suggestion = Chloroform : Operation sehr hübsch durch. *Landau* (98) heilte funktionelle Neurosen mit psychischer Isolierung, indem er den Pat. stets in Gegenwart seiner Kameraden und Freunde untersuchte, jede Beobachtung sogleich populär erläuterte und so in 2—3 Sitzungen die frühere Sympathie und Fürsorge der Umgebung in Ignorierung und Kritik umwandelte. *Henszelman* (68) erreichte in täglicher Massenbehandlung mit nur ganz kurzem, aber stärkstem faradischen Strom ohne weitere Suggestion spätestens in 2—3 Tagen Heilung. *Sommer* (169) fügt den früheren Heilungen von psychogener Taubheit (s. Lit. f. 1917, S. 205*) zwei gleiche hinzu. *Richter* (148) schildert seine Behandlung von Erschöpfungsneurosen und akuten, grobfunktionellen Störungen nach Kampftrauma im Feldspital. Statt des z. Z. unbrauchbaren Prinzips des „Mindestmaßes von erfreulichen Eindrücken" empfiehlt *Stern* (175), tiefere persönliche Beziehung anzuknüpfen und Befürchtungen und Begehrungen wegzuschaffen durch gesicherte Stellung u. dgl.; um kleine Renten oder Kapitalabfindung werde man nicht immer herumkommen. *Benda* (12) wendet sich gegen Kaufmannbehandlung und ähnliche Gewaltmittel, erhofft aber durch sie einen Fortschritt in der Neurosenbehandlung, indem man leichte und mittelschwere Fälle als krank ansehen, aber so behandeln solle, als ob sie gesund wären.

Weiler (186) schildert sehr klar die von ihm eingerichtete Kriegsneurotikerbehandlung und wünscht auch weiterhin besondere Behandlungsanstalten für Kriegs- und Unfallneurotiker, gesetzliche Regelung der Durchführung der Neurotikerbehandlung und die Einstellung eines fachärztlichen Referenten dafür im Ministerium für soziale Fürsorge. *Singer* (167 u. 168) empfiehlt für jeden Unfallkranken sofortige mehrtägige Krankenhausbehandlung zur genauen Feststellung und zur Fernhaltung schädlicher Einflüsse, bei Fortdauer der Beschwerden nach bestimmter Zeit obligatorische Neuaufnahme, Einleitung einer aktiven Therapie, falls eine Anstaltkommission (Chirurg, Internist, Neurologe) sie für nötig erklärt, und Feststellung der Arbeitsfähigkeit. *Stransky* (177) verlangt selbständige Beratungs- und Behandlungstellen für Psychisch-Nervöse, da sie in den öffentlichen Ambulanzen zu kurz kommen. *Goldberg* (51) betont, daß die Kriegsneurotiker, die mit der Demobilisation keineswegs geheilt seien, großenteils ambulaut behandelt werden können. Nötig sei planmäßige Schnellbehandlung und Schaffung von Genesungsbereitschaft auf psychotherapeutischem Wege. *Stier* (176) bespricht die diagnostischen Schwierigkeiten bei der militärischen Rentenversorgung und wünscht ein Reichsschiedsamt für das militärische Rentenverfahren.



Bauer (7) betrachtet als Boden für Kriegsneurose drei Konstitutionsanomalien: 1. die allgemeine degenerative (auffallende Häufigkeit morphologischer und funktioneller Degenerationszeichen), die auch alle Spezialformen universeller Konstitutionsanomalien umfaßt, z. B. Status thymolymphaticus und hypoplasticus, 2. die neuro-psychopathologische (allgemeine reizbare Schwäche des Nervensystems), 3. Organminderwertigkeit.

v. Düring (34) wünscht, daß eine Kommission (Richter, Arzt, Lehrer) entscheide, ob ein Jugendlicher vor Gericht oder in Fürsorge oder in eine Krankenanstalt zu bringen sei.

Krüger (94) spricht von konstitutioneller Affektübererregbarkeit als einer besonderen Form der Psychopathie überall da, wo Steigerung der Affekterregbarkeit das einzige oder doch bei weitem hervorstechendste Symptom bildet. Meist erbliche Belastung. Verstärkung der angeborenen Übererregbarkeit durch Pubertät, somatische Erkrankung, Menstruation, Schwangerschaft, Laktation, Alkoholismus oder Kopfverletzung. Die krankhaften Affektausbrüche (Zorn, Wut, Ärger) dauerten meist nur wenige Minuten und richteten sich meist gegen andere, selten, bei Ärger über sich selbst oder bei Unmöglichkeit der Entladung nach außen, gegen die eigene Person. Meist intellektuell gut veranlagte und gewissenhafte Menschen von merkwürdig starrem Charakter. Öfters plötzliche Steigerung der Affektausbrüche zu richtigen Dämmerzuständen mit folgender körperlicher Erschöpfung und völliger Amnesie. Wirksam neben Bettruhe milde Wasserbehandlung und Brom (5—10 g 3—8 Tage). Ausführlich bespricht *Kr.* die Differentialdiagnose und gerichtsärztliche Begutachtung.

Heller (66) sah bei fünf jugendlichen Psychasthenikern Anfälle, die nach Reizbarkeit und Konflikten mit der Umgebung einsetzten, zu tobsuchtartigen Paroxysmen sich steigerten und den Trieb zeigten, die Umgebung zu reizen, zu peinigen, einzuschüchtern; Dauer stunden- und tagelang bis zu völliger Erschöpfung; Erinnerung vorhanden. Dabei Ausdruck der Angst, Schlaflosigkeit, ungenügende Nahrungsaufnahme. Nachher Reue, oft bessere Entwicklung. Keine Krämpfe, keine hysterischen Erscheinungen.

Strohmayer (180) leitet den Inhalt der echten, auf dem Boden der Psychasthenie erwachsenen Zwangsvorstellungsneurose von sadistischen oder masochistischen oder aus beiden gemischten Sexualphantasien ab, „die geradezu verblüffend weit in die Kindheit zurückreichen". Als sadistisches Äquivalent erscheint der Gedanke, andere geschädigt, verletzt zu haben, als masochistisches das Zwangsgrübeln, Zwangsbefürchtungen für die eigene Person, Wiederholungs- und Waschzwang. Im Gegensatz zu *Freud* fand *St.* keine Verdrängung; gewöhnlich gehe die Perversion bewußt neben der Neurose her und liefere ihr die Angstgrundlage und den Vorstellungsaufbau. Daher hatte die Aufdeckung des Zusammenhangs auch keine befreiende Wirkung.

Knauer und *Billigheimer* (88) betrachten 21 Fälle mit vornehmlich halbseitigen Störungen darauf hin, ob sie zur Klärung anatomischer und physiologischer Verhältnisse des vegetativen Nervensystems beitragen können.



Margulies (110) bezeichnet als wesentlich für die Diagnose der hysterischen Fazialislähmung das Fehlen des *Bell*schen Phänomens: Der Augapfel rollt beim Versuche, das Auge zu schließen, während man die Lider kräftig auseinander hält, nicht wie sonst nach oben. *M.* sieht im *Bell*schen Phänomen eine von der Großhirnrinde ausgehende Mitbewegung und erklärt damit sein Ausbleiben sowohl bei organischer zentraler wie bei hysterischer Lähmung.

Rittershaus (150) bekam nach einem Fall von 2 m Höhe deutlichen grobschlägigen Tremor im verletzten Ellenbogengelenk, den er nur mit Aufbietung aller Willenskraft unterdrücken konnte, und verwertet diese Erfahrung für die Annahme einer anfänglichen physischen Nervenveränderung bei manchen traumatischen Neurosen. Ferner betont er die Häufigkeit des Schwachsinns bei solchen Neurosen, die allen Heilversuchen widerstanden, und vergleicht die oft gewaltsamen Heilverfahren bei den Kriegsneurosen mit den Sturzbädern, kalten Duschen usw. der Psychiatrie vor 100 Jahren, die ihren Ruf den Hysterien, Schreck- und Zweckpsychosen verdanken mochten, welche man damals von anderen Geisteskrankheiten nicht abzugrenzen vermochte. An *R.* anknüpfend, sucht *Specht* (170) das jetzt vertiefte Interesse an psychogenen Störungen auch für die dichterische Darstellung geistiger Störungen, z. B. Lady Macbeth, Lear, Ophelia, Gretchen, nutzbar zu machen.

Becker (10) führt die Erfahrung, daß die Juden wenig zu Epilepsie und Alkoholismus, wohl aber sonst zu allen allgemeinen Neurosen und Psychosen neigen, nicht auf Rassenentartung, sondern bei der senilen Demenz auf längere Lebensdauer, bei dem schweren angeborenen Schwachsinn auf stärkere Kinderliebe und bessere Pflege der geistigen und körperlichen Krüppel, bei der Paralyse auf größere geistige und gemütliche Anstrengung und endlich bei den endogenen Psychosen und funktionellen Neurosen auf das infolge schiefer sozialer Stellung weitverbreitete Gefühl der Minderwertigkeit zurück. *Jolowicz* (77) sah funktionelle, besonders hysterische Erkrankungen vornehmlich bei Jugendlichen und bei Polen.

Die genuine Epilepsie stellt *Kräpelin* (91) zwischen zwei Gruppen von Krankheiten, die mit Krämpfen einhergehen; bei der einen werden diese durch Gifte, bei der anderen durch greifbare Hirnerkrankungen ausgelöst. Bei der genuinen Epilepsie beeinflußt die Nahrung, besonders die Kernstoffe, die Häufigkeit der Anfälle, und andererseits finden sich ausgedehnte Veränderungen im Hirngewebe. Kindliche Enge des Gesichtskreises ist zu erwarten bei früh einsetzender epileptischer Veränderung, die noch nicht Krämpfe zu erzeugen braucht. Dagegen ist Peinlichkeit, Umständlichkeit, Schwerfälligkeit ebenso wie die Reizbarkeit unmittelbarer Ausfluß des epileptischen Leidens. Psychasthenische Krämpfe und Narkolepsie, Affekt- und Trinkerepilepsie ohne die seelische Veränderung der Epileptiker seien als hysterisch auszuscheiden. Bei der Trinkerepilepsie habe sich der Angriffspunkt für gemütliche Reize von der Linie der urwüchsigen Schutzeinrichtungen auf die der reinen Krampfbewegungen verschoben.

Die verschiedene Art und Prognose der Epilepsie erklärt *Tramer* (184) damit, daß die epileptischen Anfälle sich mit jedem normalen und pathologischen Zustand vereinigen können, so mit Psychopathie, Neurose, Psychose oder Demenz. Die



sekundäre Demenz, soweit sie Folge der Anfälle ist, besteht in Herabsetzung des Gedächtnisses, Verlangsamung der psychischen und motorischen Assoziationen und Labilität der Affekte. Der Nutzen der Bekämpfung der Anfälle sei davon abzuleiten, daß Druck auf das Gehirn die Entwicklung der Randgliose begünstigt. *Tr.* bespricht die weiteren pathologisch-anatomischen Befunde bei Epilepsie.

Bolten (16) hebt hervor, daß die Entscheidung zwischen Hysterie und Epilepsie nicht allein nach den Anfällen getroffen werden könne, sondern Allgemeinerscheinungen, wie Charakter, Einfluß der Affekte, erhöhte Suggestiblität den Ausschlag geben. Hysterische Stigmata, die er bei seinen Kindern nicht getroffen, seien keinesfalls entscheidend. *Jellinek* (74) betrachtet das Babinskische Zehenphänomen noch ¼—¾ Std. nach dem epileptischen Anfall als verläßliches, aber mühsam zu findendes Unterscheidungsmittel gegen Hysterie; ebenso sicher sind punktförmige Petechien im Gebiet der oberen Hohlvene. *Tomaschny* (183) konnte Fehlen oder Abschwächung des Bauchdeckenreflexes, auch einseitiges, oft stundenlang nach epileptischen Anfällen nachweisen, so daß es gleich dem Babinskischen Zeichen differential-diagnostisch verwertbar sei. Nach *Pfister* (138) sprechen für die epileptische Natur eines nicht selbst beobachteten Anfalls neben Urinabgang, Zungenbiß — den *Gutzeit* (57) aber auch im hysterischen Anfall sah — und Fall aus dem Bett das Babinskische Zeichen, echter Fußklonus, Mendel-Bechterewsches, Oppenheimsches Zeichen, vor allem aber spontane, stecknadel- bis linsengroße Hautblutungen; *Redlich* (144) nennt als differential-diagnostisch wichtig Babinski, Differenzen der Sehnenreflexe, Fehlen der Hautreflexe, Lähmungen, aphasische Erscheinungen, Vermehrung der Leukozyten und Eosinophilen, Blutungen an Konjunktiven, Augenlidern, Gesichtshaut. Nach *Reimann* (146) liegt Hysterie zugrunde, wenn sich ein Anfall in Hypnose auslösen läßt; wenn nicht, Epilepsie.

Schilder (157) beobachtete in 2 Fällen nach epileptischen Anfällen Spannungszustände der Muskulatur, die Agonisten und Antagonisten gleichmäßig betrafen und durch Bewegungen nicht verändert wurden; spastische Reflexe fehlten. Als Ursache vermutet *Sch.* vorübergehende Schädigung des Corpus striatum durch den Anfall.

Knapp (86) fand bei Epileptikern, deren Anfälle lange bestanden, und bei denen erhebliche Intelligenzschwäche eingetreten war, siebenmal dauernd, einmal während eines Dämmerzustandes wochenlang Silbenstolpern ohne Bromvergiftung. Als Ursache des Silbenstolperns kommt also außer progressiver Paralyse, motorischer Aphasie und chronischem Alkoholismus auch Epilepsie in Frage.

Boven (20) führt die krankhafte Religiosität der Epileptiker auf Anfälle und traumartige Delirien zurück, in denen Gemeingefühle die Vorstellungen des Erdbebens, des Todes und im Anschluß daran Gottes, des Jüngsten Gerichts herbeiführen.

Die Erscheinungen, Pathogenese und Behandlung der Epilepsie nach Schädelverletzungen bespricht *Redlich* (145) auf Grund von 57 Krankenbeobachtungen. Den ersten Anfall löst häufig direkter Reiz auf das motorische Rindenfeld aus, aber auch Sonnenbestrahlung, Lumbalpunktion, Narkose, ebenso sensible Reize an den gelähmten Gliedern oder Anstrengung derselben, Alkohol, psychische Er-

regungen. Doch ist bei vielen sowohl ersten wie späteren Anfällen kein Anlaß nachzuweisen. Oft beginnt der Krampf in den weniger gelähmten Teilen.

P. Schröder (161) glaubt nicht, daß der Kriegsdienst ohne besondere Hirnschädigung Epilepsie erzeugt; auch verschlimmert er die Mehrzahl der Epilepsien nicht. Nach *Richter* (149) gibt es dagegen eine Kriegsepilepsie. Die Kriegsepileptiker haben i. allg. größere epileptische Reaktionsfähigkeit als die übrigen Menschen, aber geringere als die Friedensepileptiker. Verhältnismäßig viele stehen in höherem Alter.

Knapp (87) beschreibt ausführlich als besondere Varietät die Epilepsia spastica (vgl. *Tramer*, L. B. über 1918). Hohe Bromdosen besserten die Anfälle wesentlich und beseitigten die spastischen Erscheinungen und die Störungen der Sprache, des Ganges und des Schlingens.

Kühn (95) beschreibt vorübergehende hysterische Erscheinungen bei einem 12jährigen epileptischen Mädchen, *v. Holst* (72) mehrmaliges Auftreten eines halluzinoseähnlichen Zustandsbildes bei einem Epileptiker, das plötzlich auftrat und nach einiger Zeit ebenso plötzlich verschwand, *Herrmann* (70) vollständig gleiche Anfälle bei Zwillingen, bei beiden zuerst zu Beginn der Pubertät aufgetreten. *Gruber* und *Lanz* (55) leiten die Herzmuskelnekrose in ihrem Fall von einem Krampf der Herzarterien ab, der 4 Tage vor dem Anfall mit Klagen über präkordiale Beschwerden und Atmungsengigkeit eingesetzt habe.

Becker (11) hebt hervor, daß zwar die von *Alt* empfohlene und durch den Krieg erzwungene Beschränkung der Nahrungzufuhr bei vorwiegender Pflanzenkost und Vermeidung von Alkohol, Tee, Kaffee, Fischen u. a. die erhoffte wesentliche Abnahme epileptischer Anfälle nicht gebracht habe, daß aber die verhältnismäßig wenigen, die allmählich der Erschöpfung erlagen, schließlich Verminderung und zuletzt Aufhören der Anfälle zeigten.

Marburg (109) glaubt, daß durch Vermeidung von Heirat bei konstitutioneller Epilepsie 10 % der Epilepsien verhütet werden können, durch Alkoholbekämpfung weitere 10—18 %. Er empfiehlt Heilanstalten mit Gärtnereibetrieb auf genossenschaftlicher Grundlage.

Lipschütz (105) kommt nach ausführlicher Besprechung der einschlägigen Untersuchungen zur Forderung, bei jeder Brombehandlung die Chlor- und Wasserzufuhr konstant zu halten und Brom nicht in organischer Verbindung, sondern womöglich als NaBr zu reichen. *A. Friedländer* (47) empfiehlt besonders Luminalbehandlung, für die er genaue Vorschriften gibt. Ebenso *Müller* (118), die den Gebrauch auch außerhalb der Heilstätten als unbedenklich ansieht (bis 0,3 p. die als Dauergabe). Nach *Hauptmann* (62) wirkt Luminal am besten und oft schon bei 0,1—0,2 p. die auf genuine Epilepsie, auch bei petit mal-Zuständen, am wenigsten und nur bei sehr hohen Gaben bei Anfällen infolge früherer Enzephalitis (dort allgemein übererregbares Gehirn, hier lokal übermäßiger Reiz). Wo hohe Gaben nötig sind, wechselt man besser alle 4 Wochen mit Brom, allmählich eins durch das andere ersetzend. Ebenso wie Luminal vermindert nach *Pensky* (136) Nirvanol die epileptischen Anfälle und beruhigt, wird aber nicht von allen Kranken gleich gut vertragen. *Duschak* (35) empfiehlt gegen die Anfälle subkutane Injektion von Magnesia sulfur. *Strauß* (179) beseitigte starke Anfälle Jacksonscher Epilepsie,



die nach Entfernung des Rindenzentrums für den r. Arm weiterbestanden, durch Röntgenbestrahlung der l. Zentralfurche, was *Nagy* (120) damit erklärt, daß durch Ionisierung erhöhte Leitfähigkeit und somit unmerkliche Entladung des Krampfzentrums erreicht werde, so daß man daran denken könne, epileptischen Anfällen durch Röntgenbestrahlung vorzubeugen. *Muskens* (119) stellt die Prognose der Epilepsie nach Schädelimpression bei chirurgischem Eingriff günstig.

Schmidt (158) verbreitet sich vor Juristen über Ursachen und Auswirkungen epileptischer Erkrankungen.

Fünf lesenswerte Arbeiten über Epilepsie und Unfallbegutachtung sind unter *Reichardt* entstanden. *Schramm* (160) veröffentlicht sechs sichere und mehrere unsichere Fälle traumatischer epileptiformer Hirnschädigung, für deren Unterscheidung von der (genuinen) Epilepsie der Krankheitsverlauf, zumal Art und Dauer der Erscheinungen gleich nach dem Unfall und Art und Stärke der einwirkenden Gewalt besonders wichtig ist. Im Gegensatz zu den Kriegserfahrungen ist epileptiforme traumatische Hirnerkrankung in der Friedenspraxis sehr selten, da hier die Hirnverletzungen durch indirekte Erschütterung überwiegen und eine so starke Hirnerschütterung, daß sie zur Verletzung führt, häufig rasch tödlich ist. Häufig im Verhältnis hierzu sind nach *Fink* (43 a) Fälle genuiner Epilepsie, wo ein Anfall den Unfall vortäuscht. Daß aber genuine Epilepsie durch ein Trauma weder hervorgerufen noch verschlimmert wird, zeigt *Morgenstern* (117). *Drescher* (33) behandelt die verhältnismäßig häufige Verbindung genuiner Epilepsie mit Psychopathie und die Übergänge zwischen beiden Krankheitsgruppen. Endlich zeigt *Schick* (156) an 5 Fällen von Spätepilepsie, wie häufig solche als traumatisch verkannt wird, und erörtert das Verhältnis der Epilepsie zur Migräne und zum Labyrinthschwindel.

Cohn (24) beschreibt einen Fall von Pyknolepsie mit genauer Literaturbesprechung.

Curschmann (27) stellt unter Anführung je eines Falls zwei neue Formen der Tetanie auf, eine rein sensible und eine überwiegend sensorische. Bei jener empfinde man in den Anfällen, die nicht psychogen und leichter bei Wärme als bei Kälte eintreten, einzelne Körperteile nicht schmerzhaft, aber peinlich deutlich; bei dieser sei besonders Geschmack und Geruch betroffen. Bei jener half Calc. chlor. *C.* macht ferner (26) auf den vestibulären Schwindel besonders als Teil- oder auch Haupterscheinung einer vasomotorischen Diathese aufmerksam. Oft sind alte Mittelohrschäden vorhanden; den Anlaß geben vielfach Traumen oder Erschöpfung und Überreizung.

Mendel (113) bespricht auf Grund von 83, darunter 2 eigenen Fällen in eingehender kritischer Würdigung die Torsionsdystonie. „Daran denken heißt hier oft schon die richtige Diagnose stellen."

Kastán (81) berchtet über 3 Fälle von Pseudosklerose, darunter über einen ausführlich: Lues, Beginn in der Haft mit Verwirrtheit, Speichelfluß und Schriftstörungen; allmählich psychische, besonders affektive Abschwächung; nach 8 Jahren Kontrakturen und Muskelrigidität.

Leppmann (102) spricht sich skeptisch über den Zusammenhang von Polyneuritis mit unblutigen, nicht infizierten Verletzungen aus, da nur unsichere



Fälle veröffentlicht sind. Auch Polyneuritis infolge septischer Wundinfektion sei offenbar sehr selten, hier handle es sich zum Teil um Diphtherie.

Nonne (128) fand bei einem 24jährigen Pat. (vorübergehende nervöse Erschöpfung nach 4jährigem Kriegsdienst, sonst gesund) als einziges Zeichen der Abkunft vom luischen Vater (an Paralyse +) differente, leicht verzogene und bei hellem Tageslicht lichtstarre, auf Akk. reagierende Pupillen.

Schuster (163) fand Hautnävi besonders bei endogenen nervösen Erkrankungen, häufig neben anderen körperlichen Auffälligkeiten.

Nach *Kläsi* (84) gibt es angeborene (*Hirschfeld*) und erworbene Homosexualität, erworben nicht nur durch Verführung von Psychopathen oder zum normalen Verkehr untauglich gewordenen Onanisten (*Kräpelin*), sondern auch durch Suggestion und Autosuggestion. Meist in Erwartungsneurose erfolge hier der Trugschluß, homosexuell zu sein; ihm folge Fälschung von Wahrnehmung und Erinnerung. Solche neurotisch-homosexuell Gewordene sind unsicherer, gehen leichter zum Arzt; diagnostisch wichtig sind Minderwertigkeits-, Angst-, Schuld-, Krankheitsgefühle, die zu Symbol-, Protest-, Schuldersatzhandlungen führen. In den 3 mitgeteilten Fällen lag verkehrte, das Gefühl unnatürlicher Schwäche verstärkende Erziehung und das Lesen einschlägiger Schriften vor. Besonders im Assoziationsversuch trat der Unterschied von angeborener Homosexualität und starken Komplexwirkungen deutlich hervor: sündigen, lügen, heiraten, rein u. dgl.

Bolten (19) nimmt auf Grund der Literatur und 12 eigener Fälle als Ursache des angioneurotischen Ödems stets Hypotonie des Sympathikus an, die entweder angeboren ist oder auf infektiöser Toxämie beruht. Im ersten Falle ist Tonisierung des Sympathikus durch frische Schilddrüsen- und Nebennierenextrakte hilfreich. Genauer beschreibt er einen jener Fälle (18), in dem das Leiden familiär auftrat; der von je nervöse Pat. litt nicht nur seit 20 Jahren an periodischen, angioneurotischen Ödemen, die auch als Urtikaria, Niesanfälle und Erbrechen auftraten, sondern auch an chronischer Tetanie.

Ferner teilt *Bolten* (17) 3 Fälle von Fragilitas ossium congen. mit, die er von Hypotonie des Sympathikus und der mit ihm funktionell verbundenen Blutdrüsen ableitet. Alle drei zeigten vasomotorisch-trophische Störungen und galvanische Übererregbarkeit und stammten aus neuropathisch sehr schwer belasteten Familien mit blauen Sklerae und vasomotorisch-trophischen Störungen.

Nicht-puerperale Osteomalazie besonders im klimakterischen und Greisenalter fand *Curschmann* (28) verhältnismäßig häufig in Irren- und noch mehr in Siechenanstalten. Unter seinen 30 Fällen bestand zweimal ausgesprochener Basedow, siebenmal Basedowsymptome; fast alle hatten deutliche Lymphozytose und Überempfindlichkeit gegen Adrenalin. Mit Myxödem und Amenorrhöe (oder Klimakterium) war die Osteomalazie dreimal, darunter zugleich mit Tetanie einmal verbunden. In 2 Fällen war die Gesichtshaut atrophisch, dünn, glänzend, dabei weich und trocken. Hypophysäre Erscheinungen fehlten stets. Ursache der Osteomalazie kann hiernach weder eine Hyperfunktion der Ovarien (*Nägeli*) noch eine Hyper- (*Hönnicke*) oder Hypofunktion der Schilddrüse noch eine Hypofunktion des Adrenalinsystems oder eine Störung der Hypophysisfunktion sein.

Oehme (130) beschreibt vier Geschwister, bei denen in der Pubertät ein übermäßiges Dickenwachstum der Extremitätenknochen, am stärksten der Unterarme und Unterschenkel, und eine geringere Zunahme der Weichteile besonders an den eigentlichen Akren auftrat ohne röntgenologischen Befund an der Sella turc.; Genitalien o. B., sekundäre Geschlechtscharaktere unternormal.

Nach *H. Fischer* (44) zeigen Eunuchoide normale Intelligenz, aber ohne Trieb, sie auszubilden und zu verwerten. Mit den Epileptikern ist ihnen gemeinsam — außer Kopfschmerzen in der Entwicklungszeit, Schwindel und Migräne — die egoistische Einengung, Schwerfälligkeit, Empfindlichkeit, Exklusivität, Frömmigkeit und manchmal Pedanterie und Gutmütigkeit, aber ihnen fehlt die sozial bedeutungsvolle Aktivität der Epileptiker, sie sind passiv, indifferent und asozial. Nur dieser Mangel ist also Folge des Geschlechtsdrüsenausfalls; das übrige würde bei erhaltener Geschlechtsdrüsenfunktion die epileptische Konstitution darstellen. In einem weiteren lesenswerten Aufsatz (45) behandelt *F.* namentlich die Behaarung, die Fettverteilung und die Knochenverhältnisse der Eunuchoiden im Gegensatz zu den von der Geschlechtsdrüsenfunktion abhängigen männlichen und weiblichen Formen.

Den Geisteszustand der Eunuchoiden bespricht auch *Krisch* (93) auf Grund der Literatur und 3 eigener Fälle. In etwa 40 % fand sich normale Intelligenz und häufig epileptoide Erscheinungen, die vielleicht auf vasomotorischen Störungen beruhen, sowie neben der körperlichen auch eine psychische Ähnlichkeit mit den Eunuchen; in weiteren 40 % bestand Schwachsinn verschiedensten Grades; der Rest umfaßt Fälle mit ausgesprochen epileptischen Erscheinungen, wohl auch häufig mit Schwachsinn verbunden.

Anton (2) macht auf die Bedeutung des *Aschner*schen Werkes auch für die Psychiatrie aufmerksam, für die die Zeit gekommen sei, den großen Zufluß neuer Kenntnisse über die Innensekretion auf ihre Mühle zu leiten. Wichtig sei auch, daß *Aschner* im Zwischenhirn ein Eingeweide- und Stoffwechselzentrum ersten Ranges wahrscheinlich gemacht habe, auf dem voraussichtlich manche der Hypophyse zugeschriebene Leistungen beruhen, zumal das Sekret sowohl der Hypophyse wie der Zirbeldrüse auch lokal auf dem Lymphwege in den Boden des 3. Ventrikels gelangen und dort direkt seine Hormonwirkung ausüben könne.



9. Serologie.

Ref.: B. v. Landmann, Hamburg-Friedrichsberg.

1. *Becher, E.*, Über das Zustandekommen der diastolischen Pulsationen des Liquor cerebrospinalis in der Lumbalgegend. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 38. (S. 195*.)
2. *Borries, G. V. Th.*, Lumbalpunktat bei Hirn- und Subduralabszessen. Arch. f. Ohrenheilk. usw. Bd. 104, H. 2. (S. 197*.)
3. *Brun, G.*, Vergleichende Untersuchungen über den Gehalt des Blutserums und der Zerebrospinalflüssigkeit an Reststickstoff bei Nierenkrankheiten. (S. 196*.)
4. *Bungart, J.*, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Beurteilung von Schädel- und Hirnverletzungen und deren Folgezuständen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. CXIV, H. 4. (S. 197*.)
5. *Bolten, G. C.*, Der Wert der Nonneschen Reaktion als diagnostisches Hilfsmittel. Med. Weekbl. vol. 26, p. 49.
6. *Cornil*, Le liquide céphalo-rachidien dans le syndrome objectif des blessés de crâne. Compt. rend. d. Soc. de Biol. vol. 82, p. 367.
7. *Costa*, Virulence du liquide céph.-rach. dans la spirochétose ictérohémorrhagique. Compt. rend. d. Soc. de Biol. vol. 81, p. 1267.
8. *Deutsch*, Der Indikannachweis im Liquor cerebrospinalis bei echter Urämie. Med. Klinik Bd. 15, Nr. 2, S. 44. (S. 195*.)
9. *Eicke, H.*, Die klinische Bedeutung der Goldsolreaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1049. (S. 198*.)
10. *Derselbe*, Vergleichende Untersuchungen zwischen der Wassermannschen Reaktion im Liquor und den Flockungsmethoden nach Hermann-Perutz und Sachs-Georgi. Med. Klinik Nr. 51, S. 1314. (S. 198*.)
11. *Eskuchen*, Lumbalpunktion. Berlin und Wien 1919, Urban u. Schwarzenberg. (S. 193*.)
12. *Ewald, G.*, Untersuchungen über fermentative Vorgänge im Verlauf der endogenen Verblödungsprozesse mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens und über die differentialdiagnostische und forensische Verwertbarkeit der Methode in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 60, H. 1, S. 248. (S. 192*.)
13. *Derselbe*, Über endogene Verblödungen. Serologischer Teil. (Vortrag, 16. Tagung des Vereins Nordd. Psych. u. Neurol. Gehlsheim 27. VII. 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 17, H. 3, S. 267.
14. *Gärtner, W.*, Was lehrt die serologische Sonderstellung des Liquor cerebrospinalis und des Kammerwassers bei Typhus, Fleckfieber und Syphilis für die Behandlung der Syphilis? Dermatol. Ztschr. Bd. 28 (3), S. 147.* (S. 194*.)



15. *Gockel*, Über Liquorveränderungen bei Fällen tertiärer Lues, die klinische Erscheinungen des Zentralnervensystems zeigen. Inaug.-Diss. Breslau, November.

16. *Graetz, Fr.*, Über den Einfluß der Temperatur auf das Komplementbindungsvermögen bei der Wassermannschen Reaktion und seine Bedeutung für die Serodiagnostik der Syphilis. Ztschr. f. Hygiene und Infektionskrankh. Bd. 89, H. 1/2.

17. *Groß, K.*, und *Pappenheim, M.*, Zur Frage der durch die Grippe verursachten Nervenschädigung mit Berücksichtigung des Liquorbefundes. Wien. klin. Wschr. Nr. 15.

18. *Hauck, L.*, Die Bedeutung der Sachs-Georgischen Ausflockungsmethode für die Serodiagnose der Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 49. (S. 192*.)

19. *Hirschfeld, L.*, und *Hirschfeld, H.*, Serological differences between the blood of different races. The Lancet no. 5016.

20. *Holmgreen*, Ear diseases and lumbal puncture. Acta oto-laryng. I. Fasc. 2.

21. *Kirstein*, Über den Liquordruck im Rückgratskanal nicht schwangerer, schwangerer und eklamptischer Frauen. Arch. f. Gyn. Bd. 110, H. 2. (S. 195*.)

22. *Kyrle, H.*, *Brandt, R.*, und *Mras, F.*, Über die Goldsolreaktion im Liquor Syphilitischer, ihr Verhalten zu anderen Liquorreaktionen und ihre klinische Brauchbarkeit und Bedeutung. Wien. klin. Wschr. Jahrg. 33, Nr. 5, S. 1.

23. *Kapsenberg, G.*, Über eine einfache zuverlässige Ausführung der Wa. R. Münch. med. Wschr. Nr. 2, S. 42.

24. *Kafka, V.*, Blutforschung und Jugendirresein. Vortrag, 16. Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen, Rostock-Gehlsheim 27. 7. 18. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 7/8, S. 49. (S. 193*.)

25. *Derselbe*, Kurze Bemerkungen zu der Arbeit von W. Gärtner: Was lehrt die serologische Sonderstellung des Liquor cerebrospinalis und des Kammerwassers bei Typhus, Fleckfieber und Syphilis für die Behandlung der Syphilis. Dermatol. Ztschr. Bd. 29, H. 5. (S. 194*.)

26. *Derselbe*, Das Blut der Syphilitiker mit besonderer Berücksichtigung der Spätlues des Zentralnervensystems. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung Maiheft S. 25. (S. 198*.)

27. *Derselbe*, Zur Liquordiagnostik der infektiösen nichtluetischen Meningitis. Deutsche med. Wschr. Nr. 28. (S. 198*.)

28. *Derselbe*, Über die Frage der diagnostischen Bewertung der Ergebnisse des Dialysierverfahrens nach Abderhalden in der Psychiatrie. Med. Klinik Nr. 39, S. 979. (S. 192*.)

29. *Konitzer, P.*, Die Bedeutung der Ausflockungsmethoden nach Meinicke und Sachs-Georgi für die Syphilisdiagnostik. Med. Klinik Nr. 14, S. 338.



. *Lesser, F.*, Fortschritte in der Serodiagnostik der Syphilis (Meinickes und Sachs-Georgis Ausflockungsreaktion). Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 244. (S. 191*.)

.. *Meinicke, E.*, Die Lipoidreaktion. Zweite Mitteilung. Ztschr. f. Imm.-Forschung Bd. 28, W. 3/5. (S. 190*.)

2. *Derselbe*, Zur Theorie und Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 178. (S. 190*.)

3. *Derselbe*, Eine neue Immunitätsreaktion. Deutsche med. Wschr. 1919, Nr. 30.

4. *Meyer, Kurt*, Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels der Sachs-Georgischen Flockungsmethode. Med. Klinik Nr. 11, S. 262.

5. *Mras, F.*, und *Brandt, R.*, Beitrag zur Frage der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis (Untersuchungen am Leichenliquor) nebst einer kurzen Bemerkung über: Herstellung der Goldsole für Liquorreaktionen von Mag. F. Schaffer. Wien. klin. Wschr. Jahrg. 32, S. 1021. (S. 199*.)

36. *Nast, O.*, Experimentelle Liquoruntersuchungen auf der Basis der Vitalfärbung. Derm. Wschr. Bd. 69, Nr. 37, S. 587. (S. 195*.)

37. *Plaut, F.*, Die Sachs-Georgische Ausflockungsreaktion für Syphilis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung am Liquor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 52, H. 1/3. (S. 198*.)

38. *Reich, F.*, Die Fällungsreaktion zur Syphilisdiagnostik nach Meinicke und nach Sachs und Georgi. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 181. (S. 191*.)

39. *Schönfeldt, W.*, Über den Zusammenhang zwischen Haut- und Liquorveränderungen bei Syphilis, insbesondere bei Alopecia specifica und Leucoderma syphiliticum. Derm. Wschr. Bd. 68, S. 259. (S. 199*.)

40. *Derselbe*, Über Befunde in der Rückenmarksflüssigkeit bei nervengesunden Menschen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 64, H. 5/6, S. 300. (S. 196*.)

41. *Stümpke, G.*, Über Lumbalpunktionsergebnisse bei Syphilitikern. Derm. Wschr. Bd. 69, Nr. 45, S. 715. (S. 199*.)

42. *Sachs, H.*, und *Georgi, W.*, Zur Kritik des serologischen Lues-Nachweises mittels Ausflockung. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 440. (S. 191*.)

43. *Walter, F. K.*, Untersuchungen über die Permeabilität der Meningen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 47, S. 380. (S. 196*.)

44. *Weichardt, W.*, und *Schrader, Erich*, Über die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klinik Nr. 6, S. 189. (S. 192*.)

45. *Wetzel, A.*, Neue Liquorprobleme bei der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 2, S. 224. (S. 199*.)

46. *Zimmern, F.*, Zur klinischen Brauchbarkeit der Ausflockungsreaktion nach Sachs und Georgi. Derm. Wschr. Bd. 69, Nr. 33.



a) Blut.

Meinicke (31) bringt eine neue Theorie seiner „Lipoidbindungsreaktionen“. Auf Grund von Versuchen, bei denen er das eine Mal die Lipoide, das andere Mal die Eiweißstoffe gefärbt hat, kommt er zu dem Schluß, daß eine Bindung zwischen Extrakt-Lipoiden und Serum-Globulinen nicht stattfindet. Zur Deutung seiner Befunde stellt er folgende Hypothese auf: bei der Reaktion zwischen Serum und Extrakt stören die Extraktkolloide das Kochsalzgleichgewicht der Serumglobuline im Sinne einer Kochsalzentziehung. Diese Reaktion verläuft bei den positiven Sera intensiver als bei den negativen. Die verschiedenen Formen der Lipoidbindungsmethode (M. R., Wassermethode, dritte Modifikation) sind nur der Ausdruck der verschiedenen Variationsmöglichkeiten dieser Grundidee.

Diese theoretischen Vorstellungen überträgt er auf das Gebiet der Immunitätsreaktionen, indem er annimmt, daß die dabei sich abspielenden Vorgänge darin bestehen, daß die jeweils stabilere der an der Reaktion beteiligten Substanzen die labilere aus dem Kochsalzgleichgewicht bringt. Diese Hypothese erörtert er an den Vorgängen der Präzipitation, der Agglutination, der Anaphylaxie, der Hämolyse, der Bakteriolyse und der Komplementbindung. Beim Inaktivieren der Sera wird nach seiner Annahme das Salz fester an das Eiweißmolekül gebunden, was zur Folge haben soll, daß die Salzentziehung einerseits nicht so leicht eintritt, andererseits eingreifender wirkt. In einer anderen Arbeit erörtert *Meinicke* (32) kurz die Bedingungen für das Zustandekommen seiner Luesreaktion und teilt verschiedene neue Beobachtungen mit: 1. Der Unterschied der positiven und negativen Sera in bezug auf ihre Reaktion mit den Extraktlipoiden ist nur ein gradueller. Die Globuline der positiven Sera haben ihr Flockungsoptimum bei einem höheren Salzgehalt als die negativen. 2. Gewisse Eigenschaften der Sera und der Zusatz bestimmter Stoffe zum System beeinflussen die drei Indikatoren der Luesreaktionen (Komplementverbrauch, Globulinflockung und -lösung) quantitativ und qualitativ verschieden. 3. Die Extraktkolloide scheinen ihr Reaktionsoptimum gerade in dem durch Kochsalzbeigabe bewirkten Zustande der Schwebefällung zu haben.

An Hand der erörterten Bedingungen stellt er gewisse theoretische Forderungen für brauchbare Methoden auf und vergleicht von diesem Gesichtspunkt aus die *Sachs-Georgi*sche Reaktion, die dritte Modifikation und die *Meinicke*-Reaktion. An der S. G. R. tadelt er, daß die für die kolloidale Fällung optimale Temperatur (37°) nur 2 Stunden eingehalten wird und daß infolge der Einzeitigkeit der Methode eine scharfe Einstellung auf die Schwankungen des Systems nicht möglich ist. Die dritte Modifikation ist auch einzeitig, verläuft aber bei Brutschranktemperatur. Die M. R. scheint, da sie anfangs im salzarmen Medium verläuft, der Gefahr der chemischen Globulinfällung mehr ausgesetzt als die beiden anderen Reaktionen; durch eine Extraktverdünnung aber, bei der sich Alkohol- und Wasserwirkung die Wage halten und durch das Innehalten der Brutschranktemperatur wird die Fehlerquelle eingeengt. Außerdem werden abnorm große Flocken vor dem Koch-



salzzusatz durch Schütteln verkleinert, um eine gleichmäßige Einwirkung der Kochsalzlösung herbeizuführen. Ein Vorzug der M. R. ist ihre Zweizeitigkeit.

Sachs und *Georgi* (42) wenden sich gegen die von theoretischen Erwägungen ausgehende Auffassung *Meinicke*s, daß die S. G. R. der M. R. prinzipiell unterlegen sei, weil die einzeitigen Reaktionen der verschiedenen primären Flockbarkeit der Sera nicht Rechnung trügen. Es könne dadurch vorkommen, daß schwer flockbare positive Sera eine negative und leicht flockbare negative Sera eine positive Reaktion gäben. Dagegen wenden die Autoren ein, daß die schwer flockbaren positiven Sera in der M. R. nur als unbrauchbar ausgeschieden werden, nicht aber positiv reagieren. Auch seien diese Fälle so vereinzelt, daß sie praktisch nicht ins Gewicht fielen. Die Fehlerquelle der individuellen verschiedenen Flockbarkeit der Sera werde auch durch die Kochsalzvorprobe nicht ausgeschaltet, da die zur Lösung der Flockung nötige minimale Kochsalzmenge nicht für alle negativen Sera die gleiche sei. Der Vorteil der zweizeitigen Methode besteht ihres Erachtens darin, „daß die Empfindlichkeit bei solchen Extrakten, die zur einzeitigen Versuchsanordnung ungeeignet sind, erhöht wird, aber nicht darin, daß das charakteristische Gepräge eine Steigerung erfährt". Dem Einfluß der Temperaturschwankungen messen sie keine Bedeutung zu. Auch die unvermeidliche Verschiedenheit in der Stärke der Extraktverbindungen falle bei der S. G. R. nicht so sehr ins Gewicht, da hier die Verdünnung viel einfacher herzustellen sei als bei der M. R.

Reich (38) hat an einer großen Zahl von Fällen die M. R. und die S. G. R. mit der Wa. R. verglichen. Er kommt zu dem Schluß, daß die Ergebnisse der M. R. nicht unerheblich von der Wa. R. abweichen. Bei dem Vergleich der Flockung in der 1. und 2. Phase der M. R. fand er, daß die Sera mit „starker primärer Flockung in merklich überwiegender Zahl auch in der 2. Phase eine starke Flockung zeigen". Im Gegensatz zu *Meinicke*s Mitteilung wurden bei ihm alle Flockungen durch Zusatz von NaCl schwächer. Bei den Versuchen mit der S. G. R. fand er eine weitgehende Übereinstimmung mit der Wa. R., nur bekam er etwas mehr positive Resultate. Er lobt an der S. G. R. die Einfachheit der Versuchsanordnung und der Ablesung und betrachtet sie als den größten Fortschritt in der Vereinfachung der Wa. R.

Lesser (30) teilt seine Erfahrungen über die M. R. und die S. G. R. mit. In gewisser Hinsicht sieht er den Wunsch, die Serodiagnostik der Lues empfindlicher und weniger kompliziert zu gestalten, erfüllt. Den Nachteil der M. R. sieht er darin, daß 2 % der Sera und die Spinalflüssigkeit für die Reaktion untauglich sind. Bei dem Vergleich mit der Wa. R. fand er in der Mehrzahl der Fälle völlige Übereinstimmung. Zweifelhafte Fälle allerdings wiesen graduelle Unterschiede auf, die eine verschiedene Deutung zuließen, besonders wenn die eine Reaktion negativ, die andere positiv ausfiel. Es handelte sich dabei ausnahmslos um Syphilitiker, und zwar vornehmlich solche mit Primäraffekt und in spezifischer Behandlung stehende. Bei der S. G. R. deckte er eine Unspezifität auf. Unter 42 Fällen von Ulcera mollia reagierten 11 mit der S. G. R. positiv, während nach der M. R. und der Wa. R. alle negativ waren. Mit dem Abheilen der Geschwüre wurde die S. G. R. negativ. Die Unspezifität nahm zu, wenn die Sera erst nach Verdünnung mit Koch-



salz inaktiviert wurden. In der größten Mehrzahl der Fälle stimmte aber auch die S. G. R. mit der Wa. R. überein.

Hauck (18) stellte an 600 Serumproben die Wa. R. und die S. G. R. an. Er lobt an der letzteren die Einfachheit der Technik. Bei latenter und behandelter Lues fand er sie der Wa. R. überlegen. Er erhielt aber eine ziemlich große Zahl unspezifischer Resultate (10 %), und zwar besonders bei Lungentuberkulose.

Weichardt und *Schrader* (44) haben an 37 Blut- und 7 Liquorproben die Wa. R. mit der S. G. R. verglichen. In 82 % stimmten beide Methoden überein, allerdings war die Reaktion nur in 32 % gleich stark. In 4,5 % versagte die Wa. R., in 9 % die S. G. R. In 4,5 % klinisch positiver Fälle waren beide Reaktionen negativ.

Ewald (12) hat Fälle von Dementia praecox, von manisch-depressivem Irresein und von funktionellen Psychosen mit der *Abderhalden*schen Reaktion untersucht. Bei Dementia praecox fand er in 80 % der Fälle Organabbau, wobei die Kombinationen Gehirn-Genitale und Gehirn-Genitale-Schilddrüse häufig vorkamen. Katatonie und Hebephrenie bauten besonders stark ab. Ein Parallelismus zwischen Fermentgehalt des Blutes und klinischem Verlauf während der Beobachtung über längere Zeit wurde nicht deutlich.

Die funktionellen Psychosen bauten in 50 % der Fälle ab. Die Organgruppierung war ähnlich wie bei Dementia praecox. Bei den Fällen von manisch-depressivem Irresein ergaben sich 60 % positive Reaktionen, und zwar vor allem Schilddrüsenabbau, seltener Gehirn- und Genitalabbau; bei der Melancholie trat ziemlich häufig Leberabbau ein.

Die positiven Resultate bei funktionellen Erkrankungen erklärt der Verfasser damit, daß auch die Reizbarkeit der Psychopathen und Affektlabilität der Hysteriker auf endokrine Störungen zurückzuführen seien. Für die praktische Verwertbarkeit der *Abderhalden*schen Reaktion in der forensischen Psychiatrie hält er die Zeit noch nicht für gekommen. Zum Schluß erörtert er noch einige technische Fragen. Unter anderem gibt er ein Organprüfungsverfahren an: gleichzeitig mit den Versuchen wird auch ein Teil von den bei schärfster Prüfung negativ gefundenen Organen mit destilliertem Wasser angesetzt und 16 Stunden bebrütet. Nach Abfiltrieren des Bebrütungswassers wird das Organ nochmals mit destilliertem Wasser angekocht, das Kochwasser zum Bebrütungswasser zufiltriert und mit 1 ccm Ninhydrinlösung versetzt. Bei nochmaligem Einkochen darf keine Spur von Blaufärbung auftreten. Ferner hält der Verfasser es für wichtig, möglichst jeden Tag eines der Sera auch inaktiv anzusehen, sowie ein Serum, bei dem kein Abbau zu erwarten ist, mit zu untersuchen.

In Erwiderung auf den Vortrag von *Ewald* weist *Kafka* (28) auf die günstigen Resultate seiner Tierversuche hin, bei denen sich 48—72 Stunden nach Einführung von Organeiweiß spezifische Abwehrfermente im Blut der Versuchstiere nachweisen ließen. Daraus zieht der Verf. den Schluß, daß die Fehlerquellen des Dialysierverfahrens nicht in erster Linie in den Organen und Dialysierhülsen zu suchen sind, sondern auch im Krankenserum selbst. Das Serum völlig Gesunder gab fast immer einwandfrei negative Resultate. Bei nervösen Störungen kommt es, von seltenen schweren Fällen ausgenommen, nicht zu einschneidenden Dysfunktionen der



Infektdrüsen. Bei der Dementia praecox werden die Dinge durch krankhafte Stoffwechselprozesse kompliziert. So ist die vermehrte antitryptische Kraft des Serums als Folge nicht organspezifischer Fermenttätigkeit anzusehen.

Dabei dürfen die Fehlerquellen der Technik nicht unterschätzt werden. Zur Darstellung geeigneter Organextrakte ist größte Exaktheit nötig. Bei der Prüfung einer fraglichen Dementia praecox sollte man stets einen sicher positiven Fall mit einstellen. Eine Zentralisierung der Herstellung der Organe wäre ähnlich wie bei der Wa. R. auch für die A. R. zu wünschen. Zur Vermeidung des Hülsenfehlers ist es nötig, in jedem Versuch mindestens zwei Hülsen mit dem gleichen Organ anzusetzen.

Ein weiterer Grund für Differenzen ist die Schwierigkeit der objektiven Beurteilung des Ausfalls der Ninhydrinreaktion. Oft treten gelbe Töne auf, die nicht als positiv anzusehen sind. Häufig ist auch die Kontrolle positiv, während die Reaktion mit verschiedenen Organen negativ ist und nur da, wo Abbau vermutet wurde, positiv ausfällt. Es müssen daher dem Organ adsorptive Eigenschaften für gewisse dialysible Stoffe innewohnen.

Was die forensisch-psychiatrische Verwertung der A. R. anbetrifft, so verwahrt sich *Kafka* gegen den Vorwurf, daß sie in Friedrichsberg auf diesem Gebiet eine ausschlaggebende Rolle spiele. Es sei selbstverständlich, daß sie nur als eine Unterstützung der Diagnose betrachtet werde. Den hohen Prozentsatz von Abbau, den *Ewald* bei Psychopathen findet, zweifelt *Kafka* an. Seine Resultate auf diesem Gebiet sind viel günstiger.

Kafka (24) faßt die Blutuntersuchungsmethoden zusammen, die für die Erforschung des Jugendirreseins von Bedeutung sind. Als besonders wichtig bezeichnet er die Prüfung der Blutgerinnungszeit und erwähnt verschiedene Methoden. Er selbst schlägt vor, den Blutstropfen in einem Behälter nach Art der Zählkammern aufzufangen, wobei sich die Gerinnungsvorgänge unter dem Mikroskop gut beobachten lassen. Sodann weist er darauf hin, daß Reihenuntersuchungen des Blutbildes bei ein und demselben Fall einen feinen Indikator für innere Krankheitsvorgänge geben. Ferner betont er den Wert des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens für die Diagnostik des Jugendirreseins und erörtert verschiedene Modifikationen dieser Methode. Als weiteres diagnostisches Hilfsmittel führt er den Nachweis der Eiweißspaltprodukte durch die Bestimmung der antitryptischen Kraft des Blutserums an. Es ist wiederholt gefunden worden, daß sich das Serum Schizophrener durch einen hohen antitryptischen Titer auszeichnet. Als besonders interessantes und zukunftsreiches Gebiet bezeichnet der Verf. den biologischen Nachweis der Hormone. Zum Schluß erwähnt er die Prüfung des vegetativen Nervensystems, besonders nach medikamentöser Beeinflussung.

b) Liquor.

Eskuchen (11) hat in seinem Buche alle bis zum Augenblick vorliegenden, auf die Lumbalfunktion bezüglichen Tatsachen kurz und faßlich zusammengetragen. Im ersten Teil geht er auf Indikationsstellung, Technik, Komplikationen und juristische Fragen ein. Der zweite Teil enthält die allgemeine Diagnostik, d. h.

die Beschreibung der Untersuchungsmethoden und ihre Bewertung. Im dritten Teil folgt die spezielle Diagnostik nach Krankheiten geordnet. Im letzten Teil wird die therapeutische Anwendung der Lumbalpunktion erörtert.

Von dem Gedanken ausgehend, daß es wegen der Bedrohung des Zentralnervensystems von großer Wichtigkeit sei, syphilitische Herde der Meningen frühzeitig zu behandeln, suchte *Gärtner* (14) die serologische Sonderstellung des Liquors genauer zu erforschen. Er fand, daß sich die Agglutinine für Typhus und Paratyphus im Liquor cerebrospinalis erst nachweisen lassen, wenn sie im Blut einen Agglutinationstiter von 1 : 1000 und mehr erreicht haben. Ob bei schutzgeimpften Luetikern mit meningealen Affektionen diese Agglutinine reichlicher durchtreten, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, da die im Blut erzielten Agglutinationsherde nicht hoch genug waren, scheint aber im geringen Grade möglich. Bei Fleckfieber fand sich ein Übertritt von *Weil-Felix*-Agglutininen schon bei einem Bluttiter von 1 : 100. Während dieser Zeit ließen sich auch Typhus- und Paratyphus-Agglutinine bei geringerem Bluttiter, als sonst erforderlich ist, nachweisen. Mit Abheilung der Schädigung schwand auch diese Permeabilität wieder. Der Verf. weist darauf hin, daß die Reagine der positiven Wa. R. bei intaktem Zentralnervensystem nicht in den Liquor übergehen, wohl aber bei akuter Meningitis und daß dieser Übertritt mit dem Abheilen der Erkrankung schwindet. Ähnlich wie bei den Schutzstoffen liegen die Verhältnisse bei biologischen und chemischen Substanzen. Das Übertreten der Gallenfarbstoffe in den Liquor erklärt *Gärtner* aus der reichlichen und langdauernden Überschwemmung des Blutes mit denselben. Er geht dann noch auf die dem Liquor ähnlichen Verhältnisse des Kammerwassers ein.

Für die syphilitische Meningitis nimmt der Verf. an, daß die Spirochäten von den Gefäßen aus in die obersten Zellagen der Meningen vordringen. Die Blutkonzentration des Salvarsans muß sehr hoch sein, damit es innerhalb der Ausscheidungszeit die Gewebe genügend durchtränken kann. Endolumbal einverleibtes Salvarsan wirkt daher unterstützend.

Zu der Arbeit von *Gärtner* bringt *Kafka* (25) einige ergänzende Bemerkungen unter Hinweis auf frühere eigene Untersuchungen. Als den Entstehungsort des normalen Liquors bezeichnet er den Plexus chorioideus und betont, daß der normale Liquor den echten Sekreten sehr nahesteht. Ferner weist er auf seine Permeabilitätsversuche mit immunisierten Hunden hin, die gezeigt haben, daß bei aktiver Immunisierung das Hämolysin und das Präzipitin und bei passiver Immunisierung das Antitoxin in geringen Mengen in den Liquor übergingen. Für die Paralyse nimmt der Verf. an, daß die Luesreagine vom Zentralnervensystem aus in den Liquor gelangen, wodurch sich die Tatsache erklärt, daß eine Reihe typischer Paralysen eine negative Wa. R. im Blute haben und daß eine positive Reaktion im Blut durch die Therapie nicht zu beeinflussen ist. Bezüglich des Übergangs der Normalhämolysine in den Liquor präzisiert er auf Grund von zahlreichen Untersuchungen seinen Standpunkt dahin, daß bei der Paralyse in 90 % der Normalambozeptor in den Liquor übergeht, selten das Komplement. Bei der Lues cerebri im frischen intensiv entzündlichen Stadium geht das Gesamthämolysin in den Liquor über



mit dem Zurücktreten der entzündlichen Liquorerscheinungen wird aber die H. R. negativ, so daß sich die chronische Hirnlues fast immer von der Paralyse abgrenzen läßt. Der Verf. tritt ferner der Annahme *Zulozierkis* entgegen, daß die positive H. R. nur eine Vermehrung des Eiweißgehaltes anzeige, und betont, daß ein besonders qualifizierter Eiweißkörper vorhanden sein müsse. Was den Übertritt von chemischen Stoffen aus dem Blut in den Liquor anbetrifft, so weist der Verf. darauf hin, daß eine selektive Permeabilität besteht für solche Stoffe, die eine Affinität zum Hirngewebe haben, wie Alkohol, Azeton und Chloroform.

Nast (36) ging bei seinen Versuchen von folgender Fragestellung aus: Sind unter normalen Verhältnissen die Verbindungswege zwischen Blut-Liquor und Liquor-Blut die gleichen und ist der Konnex zwischen Blut-Liquor und Liquor-Blut der gleich innige? Die Nebenfrage, die zuerst gelöst werden mußte, bestand darin, festzustellen, ob Vitalfärbung endolumbal gelänge. Als Farbe wählte der Verf. 1% Trypanblau. Zuerst versuchte er durch endarterielle Injektion von Trypanblau die Rückenmarksflüssigkeit von Meerschweinchen zu färben, erzielte aber wegen der geringen Liquormenge der Tiere keine sicheren Resultate. Sodann injizierte er Kaninchen und weißen Ratten den Farbstoff endolumbal und fand bei der Sektion — in einem Fall schon ½ Stunde nach der Injektion — Blaufärbung der Gehirn- und Rückenmarkshäute und des Plexus chorioideus, ebenso intensivste Färbung der Organe und Gefäße, während Gehirn und Rückenmark völlig ungefärbt blieben. Die Versuche ergaben also, daß der Flüssigkeitsaustausch vom Liquor zum Blut ein lebhafter ist.

Becher (1) kommt auf Grund wiederholter Pulsationsmessungen mit der *Frank*schen Kapsel zu dem Schlusse, daß die eigenartige diastolische Pulsation der Rückenmarksflüssigkeit in der Lumbalgegend eine verhältnismäßig langsam dorthin fortgeleitete Gehirnpulsation ist. Die Versuche zeigen, daß eine Drucksteigerung in der Schädelkapsel eine solche des Liquors in der Lumbalgegend, aber um eine gewisse Zeit verspätet, zur Folge hat.

Auf Grund von 31 Lumbaldruckmessungen an schwangeren und nicht schwangeren Frauen konnte *Kirstein* (21) feststellen, daß der Lumbaldruck durch die Schwangerschaft nicht beeinflußt wird. Dagegen war er bei Eklampsie stets erhöht und läßt im Verein mit der regelmäßig nachweisbaren Blutdrucksteigerung auf Hirndruck schließen. Mit Hilfe der Lumbaldruckmessung konnte die Annahme bewiesen werden, daß der eklamptische Anfall durch eine „Extrasteigerung" des bereits erhöhten Blutdrucks ausgelöst und durch eine *Traube-Hering*sche Blutwelle beendet wird und daß während des Anfalls der Hirndruck gesteigert ist. Prophylaktisch ist, das nach *Zangenmeister* den Hirndruck bedingende Hirnödem, therapeutisch, die Blutdrucksteigerung anzugreifen; besonders ist das Zustandekommen der Extrasteigerung, die den eklamptischen Anfall bedingt, zu verhüten. Dies ist mit der intravenösen Injektion von gefäßerweiternden Mitteln, z. B. Veronalnatrium, anzustreben.

Deutsch (8) hat bei 28 Fällen von Urämie und 4 Fällen von Eklampsie den Liquor auf Indikan untersucht. Er bekam bei 20 Kranken eine negative und bei 12 Kranken eine positive Indikanreaktion. Die letzteren kamen alle nach wenigen



Tagen zum Exitum, während von den ersteren nur 4 starben. Am intensivsten fiel die Indikanprobe bei den Fällen mit chronischer Pyelonephritis aus. Die Urämien mit hohem Reststickstoffgehalt hatten, kurz vor dem Tode untersucht, fast regelmäßig eine positive Indikanreaktion, während die Fälle von Gehirnödem auf nicht nephritischer Grundlage, sowie 2 Fälle mit Gehirnblutung und Klonismen, die aber das Bild einer Krampfurämie boten, einen völlig negativen Befund zeigten. Indikan tritt im Lumbalpunktat demnach nur bei schweren Nierenkrankheiten auf und ist prognostisch von übelster Bedeutung.

Brun (3) hat bei verschiedenen Nierenkrankheiten Reststickstoffbestimmungen im Blutserum und im Liquor angestellt. Als normaler Reststickstoffgehalt ergab sich für das Blut 24—35 mg in 100 ccm und für den Liquor 10—17 mg in 100 ccm, also eine durchschnittliche Differenz von 16 mg. Diese Differenz steigt bei Niereninsuffizienz auf 17,9—32,2 mg an. Bei fünf Kindern mit eklamptischen Anfällen infolge postskarlatinöser Nephritis fand *Brun* keine Zunahme des Rest-N in Blut und Liquor. Er beobachtete aber auch Eklampsien bei Urämie mit erhöhtem Reststickstoff, und bei diesen Fällen fand er sehr große Differenzen zwischen der Reststickstoffmenge des Blutes und jener der Rückenmarksflüssigkeit, und zwar bis zu 114 mg auf 100 ccm. Die großen Differenzen waren also an diese klinischen Symptome gebunden und nicht an die Höhe der Stickstoffretention.

Walter (43) fand, daß 1% Goldchloridlösung ein feines und einfaches Reagens auf Brom und Jod ist, da es diese noch in einer Verdünnung von 1 : 5000—8000 deutlich nachweist durch eine eigentümliche Gelbfärbung. Mit dieser Reaktion und einer von *Guareschi* angegebenen Methode, die dem gleichen Zweck dient, untersuchte der Verf. den Übergang von Brom und Jod in den Liquor. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen zeigte sich, daß Brom regelmäßig schon relativ früh (durchschnittlich nach 4 Tagen bei täglicher Gabe von 4,0 BrNa) in der Rückenmarksflüssigkeit erscheint, ohne daß bei den verschiedenen untersuchten Erkrankungen wesentliche Unterschiede vorhanden wären. Die Ausscheidung geht langsamer vor sich. Bei einer Patientin, die im ganzen 18,0 BrNa erhalten hatte, war ein sicherer Nachweis bis zum 11. Tage nach Absetzen der Medikation möglich. Im Gegensatz zum Brom geht Jod, wenn überhaupt, nur sehr schwer in den Liquor über. (Eigenbericht.)

Schönfeld (40) hat, um die normalen Liquorverhältnisse zu klären, die Rückenmarkflüssigkeit von nicht nervenkranken, Patienten untersucht. Er verwendete 80 Fälle von Gonorrhöe, 4 Fälle von Ulcus molle, 2 Fälle von spitzen Kondylomen und 1 Fall von Balanitis, 18 Fälle von Hauttuberkulose, 20 Fälle von verschiedenen Hauterkrankungen und 1 Fall von seniler Demenz. Bei vielen Fällen wurde die Punktion öfters ausgeführt. Der Verf. kam zu dem Ergebnis, daß die normale Zellzahl, in der *Fuchs-Rosenthal*schen Zählkammer gezählt, 0—5 Zellen im Kubikmillimeter beträgt; 6—10 Zellen sind als Grenzwert zu betrachten; über 10 Zellen sind sicher pathologisch. Die *Pandy*sche Reaktion fand der Verf. in 42 % der Punktionen (in 59 % der Fälle), die *Weichbrodt*sche Reaktion in 58 % der Punktionen (in 68 % der Fälle) positiv. Die *Emanuel*sche Mastixreaktion fiel bis zu 10 % bei „Liquornormalen" positiv aus. Zu rasch aufeinanderfolgende Punktionen



riefen wiederholt eine Vermehrung des Zell- und Eiweißgehaltes hervor. In der Praxis soll daher ein Zwischenraum von mindestens 10 Tagen zwischen den einzelnen Punktionen desselben Falles eingehalten werden.

Bungart (4) hat Liquoruntersuchungen bei mehreren hundert Fällen von Schädel- und Hirnverletzungen im Frühstadium angestellt. In 72 % der Fälle hatte er einen pathologischen Befund. In 17 % war der Liquordruck erhöht, in 19,5 % der Eiweißgehalt vermehrt und in 35,5 % bestand eine Kombination beider Störungen. In allen Fällen, bei denen im Anschluß an das Trauma keine Bewußtseinsstörung eingetreten war, ergab die Liquoruntersuchung durchweg normalen Befund.

Bei einer anderen Gruppe von oberflächlichen Verletzungen, die aber mit längerer Bewußtlosigkeit einhergingen, zeigte sich Erhöhung des Liquordrucks, die besonders im Sitzen deutlich war, und meistens leichte, aber sicher nachweisbare Eiweißvermehrung. In diesen Fällen ermöglichte erst die Lumbalpunktion die richtige Beurteilung. Bei einer weiteren Gruppe handelt es sich um Verletzungen der knöchernen Schädeldecke bei völlig intakter Dura. Bei der Liquoruntersuchung wurde Druckerhöhung im Sitzen, grünlichgelbe Verfärbung, Hämoglobin und Eiweißvermehrung festgestellt. Bei Spaltung der freiliegenden Dura zeigten sich darunter stets zirkumskripte Erweichungsherde. Bei 5 Fällen von schweren penetrierenden Hirnverletzungen fand sich bedeutende Drucksteigerung; der Liquor war stark blutig. Hier hatte die Punktion großen therapeutischen Wert, da sie die Drucksymptome rasch beseitigte.

An letzter Stelle bringt der Verf. 5 Fälle, die er nicht mehr zum Frühstadium rechnet. Es sind ausgedehnte Hirnverletzungen, bei denen es zu schweren Infektionen des Zentralnervensystems gekommen war. Hier wies der Liquor neben starker Druckerhöhung bedeutende Eiweißvermehrung und Eiterbeimengung auf. Auch hier hatte die Punktion einen günstigen Einfluß.

Borries (2) resümiert: Die Spinalflüssigkeit bei unkomplizierten Hirn- und Subduralabszessen ist vollkommen klar, und zwar ohne Pleozytose. Nur ausnahmsweise ist sie trüb, und in den letzten Fällen wird man vielleicht mikroskopisch eine Meningitis nachweisen können. Der Verf. meint doch, daß diese „Minimalmeningitis", klinisch gesehen, recht unwesentlich ist und also nicht mit der gewöhnlichen, diffusen, purulenten Meningitis identisch ist. Er weist nun nach, daß in allen Fällen, wo ein (makroskopisch) unkomplizierter Hirnabszeß eine trübe Spinalflüssigkeit gab, diese Trübung bis zum Tode ein „gutartiges Spinalflüssigkeitsbild" zeigte (also sich entweder während des ganzen Krankheitsverlaufes konstant steril hielt oder auch, nachdem sie erst trübe und bakteriell gewesen war, allmählich steril wurde und aufklärte, um zuletzt vollständig klar zu werden), trotz Nichteröffnung des Abszesses und trotz tödlichen Verlaufes der Krankheit, und meint, daß man auf diese Weise den Abszeß diagnostizieren kann. Derselbe Symptomenkomplex findet sich auch bei einigen der durch einen Abszeß induzierten, makroskopisch sichtbaren Meningitiden, was doch therapeutisch gesehen keine große Rolle spielt. (Eigenbericht.)





Kafka (27) baut die Liquordiagnostik der infektiösen nichtluischen Meningitis durch die Anwendung nichtbakteriologischer Untersuchungsmethoden aus. Er bespricht nach dieser Richtung vor allem die Hämolysinreaktion von *Weil* und *Kafka*, hierauf die Mittelstückreaktion nach *Braun* und *Husler*; ferner die 28 prozentige Ammoniumsulfataussalzung nach *Kafka*, dann die Kolloidreaktion, schließlich die Ninhydrinreaktion nach *Nobel* und *Kafka*. Er kommt zu dem Schluß, daß insbesondere die Hämolysinreaktion und die Kolloidreaktionen bedeutenden diagnostischen Wert haben. Er diskutiert anhangsweise die Befunde einer positiven Wa. R. im Liquor bei nichtsyphilitischer, infektiöser Meningitis und betont, daß eine solche bei einwandfreier Technik und sicher negativer Blutreaktion so gut wie nie vorkommt. (Eigenbericht.)

Kafka (26) bespricht in zusammenfassender Form die serologischen Luesreaktionen und Serumveränderungen der Syphilitiker; es wird ihr praktischer Wert besonders für das Gebiet der Nervensyphilis erörtert. (Eigenbericht.)

Plaut (37) hat 500 Blut- und 158 Liquorproben mit der Reaktion von *Sachs-Georgi* untersucht. Bei den Seren fand er in 90 % eine völlige Übereinstimmung mit der Wa. R. Bei Spätsyphilis und kongenitaler Lues zeigte sich die Wa. R. in 10 Fällen überlegen, während die einseitig positive S. G. R. vorwiegend Frühformen der Lues betraf. 11 Fälle mit verschiedenen Diagnosen reagierten nach *Sachs-Georgi* positiv, ohne daß sich ein Anhaltspunkt für Lues bot.

Bei den untersuchten Spinalflüssigkeiten versagte die S. G. R. in 21 Fällen (13 %). Die Ausflockung war meist nur bei Anwendung hoher Liquordosen zu erzielen. Unspezifische Resultate traten nicht auf. Die Versuche, die Reaktion für ihre Anwendung am Liquor zu verfeinern, führten im allgemeinen zu einer Herabsetzung der Spezifität. Der Verf. sieht nur in einer mäßigen Steigerung der Extraktkonzentration eine Möglichkeit, die spezifischen Fällungen im Liquor zu verstärken.

Eicke (10) hat an 358 Rückenmarksflüssigkeiten die Reaktion von *Sachs-Georgi* mit der Wassermannschen Reaktion verglichen. Er fand in 91% ein übereinstimmendes Ergebnis. In 24 Wassermann-positiven Fällen fiel die S. G. R. negativ aus. Es handelte sich dabei um Liquoren des sekundären Stadiums, die erst bei Auswertung bis zu 2 ccm positiv wurden. Unspezifisch war die S. G. R. in 4 Fällen, und zwar dreimal bei tuberkulöser Meningitis und einmal bei multipler Sklerose.

An 101 Rückenmarkflüssigkeiten stellte der Verf. auch die Flockungsreaktion nach *Hermann-Perutz* an. In 82 % der Fälle zeigte sich Übereinstimmung mit der Wa. R., in 19 Fällen aber war die Reaktion unspezifisch, und zwar bei tuberkulöser Meningitis.

Eicke (9) faßt die klinische Bedeutung der Goldsolreaktion zusammen und stellt sie an die Spitze aller Liquorreaktionen. Er hebt als besonderen Vorzug hervor, daß auch größere Blutbeimengungen zum Liquor ihren Ablauf nicht beeinflussen, da die Ausflockungszone des Serumeiweißes erst bei 600—1200 facher Verdünnung liegt. Den Hauptwert der Goldsolreaktion sieht *Eicke* in der Erkennung der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems; sie ist hierin der Wa. R. überlegen. Ferner fand *Eicke* bei akuter, nicht syphilitischer



Meningitis mit positivem Wa. R. im Liquor die für nichtsyphilitische Meningitis charakteristische Kurve. Als einzigen Nachteil der Reaktion bezeichnet er die schwierige Herstellung der Goldsollösung.

Mras und *Brandt* (35) fanden bei ihren systematischen Untersuchungen die Goldsolreaktion allen anderen Liquorreaktionen, sogar der Wa. R. überlegen. Sie haben die Goldreaktion auch bei postmortal entnommenem Liquor in 28 Fällen angestellt; dabei wandten sie eine Modifikation der von *Eicke* angegebenen und von *Schaffer* ausgearbeiteten Technik an. Sie fanden eine Stunde post mortem Pleozytose und die von *Mandelbaum* beschriebenen makrophagenähnlichen Gebilde. Die Phase I war häufig positiv, die 28prozentige Ammoniumsulfataussalzung nach *Kafka* war immer negativ, dagegen war die 33 prozentige in 2 Fällen positiv. Die Goldsolreaktion fiel immer positiv aus und zeigte in 16 Fällen die typische Lueskurve. Die Autoren ziehen daraus den Schluß, daß die positiven Reaktionen im Lues- und im Leichenliquor durch das gleiche Agens bedingt seien. Der negative Ausfall der Wa. R. im Leichenliquor spricht nicht gegen diese Annahme.

Schönfeld (39) untersuchte die Spinalflüssigkeit bei 33 Fällen von Alopecia specifica mit 60 Punktionen und bei 20 Fällen von Leukoderma mit 59 Punktionen. Bei Alopezie fand er Liquorveränderungen in 70 % nach Anzahl der Punktionen und in 76 % nach Anzahl der Fälle. Nervöse Symptome waren nur selten nachweisbar. Einen direkten Zusammenhang zwischen der Alopezie und der Liquorveränderung hält der Verf. nicht für wahrscheinlich.

Bei den Leukodermfällen konnte er ein derartig gehäuftes Auftreten von Liquorveränderungen nicht mit Sicherheit nachweisen.

Stümpke (41) untersuchte die Spinalflüssigkeit bei 133 Luetikern der verschiedenen Stadien, darunter drei größere Gruppen: 18 Männer und 39 Frauen mit frischer Lues II und 48 Frauen mit Lues seropositiva. Bei den frischen Luesfällen erhielt er in 27,7 % der männlichen und in 26,6 % der weiblichen Kranken pathologische Liquorbefunde. Bei der späteren Lues (Lues seropositiva) ergaben sich für das weibliche Geschlecht ebenfalls in 27 % der Fälle krankhafte Befunde. Es zeigte sich ferner, daß die Liquorveränderungen bei der Lues seropositiva durch die Therapie schwerer zu beeinflussen sind als diejenigen bei frischer Lues.

Wetzel (45) erörtert die neueren Liquorprobleme bei der Paralyse und weist darauf hin, daß eine gewisse Anzahl von Paralysefällen, die klinisch und serologisch atypisch verlaufen, bis jetzt intra vitam nicht richtig diagnostiziert werden können. Er bespricht eine Reihe von neueren Untersuchungsmethoden des Liquors, die zur Diagnose der Paralyse herangezogen worden sind, und hebt vor allem die chemischen und kolloidalen Eiweißfällungs-Methoden und die *Weil-Kafka*sche Reaktion hervor. Er kommt zu dem Schluß, daß typische Kombinationen der verschiedenen an sich nicht spezifischen Liquorveränderungen und ihrer Gradabstufungen für die Liquordiagnostik der Paralyse ausschlaggebend werden. Ferner bespricht er die Bedeutung der Liquoruntersuchungen für die Ätiologie der Paralyse. Er weist darauf hin, daß in 70—80 % aller luisch Infizierten sehr bald nach der Infektion meningeale Reizungen stattfinden, die aber zum größten Teil abheilen,



während ein kleiner Prozentsatz jeder Behandlung trotzt, so daß es wahrscheinlich ist, daß sich diese Frühmeningitiden später zu Paralyse und Hirnlues entwickeln. Ferner sprechen die bisherigen Untersuchungsergebnisse dafür, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen mild verlaufender Lues und Paralyse besteht.

10. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: E. Hirt, München-Pasing.

1. *Berger, Hans*, Über den Energieumsatz im menschlichen Gehirn. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 1 u. 2.
2. *Berze, Josef* (Klosterneuburg), Zur Frage der Lokalisation der Vorstellungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 44, H. 3/5, S. 213. (S. 221*.)
3. *Berze, Josef* (Klosterneuburg), Zur Psychologie der Eigenbeziehung. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 3, S. 271.
4. *Bleuler, E.* (Zürich), Zur Kritik des Unbewußten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 53, H. 1/2, S. 80.
5. *Böhm* (Nürnberg), Das scheinbare Geheimnis geistiger und seelischer Fernwirkungen im Leben und nach dem Tode. Leipzig, Verlag Mutze, 1918. Besprochen von Ferd. Scheminsky. Wien. klin. Rundschau Nr. 18/19, S. 100.
6. *Bonne, G.* (Klein-Flottbeck), Über Suggestion und Hypnose. Deutsche med. Wschr. Nr. 5, S. 132.
7. *Borst, J.*, Über Psychoanalyse. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 63 (I), p. 1650.
8. *Bouman*, Prof. Dr. *L.*, Experimentelle Untersuchungen über den Willen bei Normalen und Psychopathen. Overgedrukt uit de Psychiatrische en Neurologische Bladen, jaargang 1919, no. 5 en 6. (S. 209*.)
9. *Bresler, Joh.* (Kreuzburg), Seelenkundliches. Psych.-neurol. Wschr.
10. *Brugmans, H. J. F. W.*, Die Verlegenheit, ihre Erscheinungen und ihr konstitutioneller Grund. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane Bd. 81, H. 4—6, 1919.
11. *Bühler, Charlotte*, Über die Prozesse der Satzbildung. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane Bd. 81, H. 4—6, 1919.
12. *Bühler, Karl*, Eine Bemerkung zu der Diskussion über die Psychologie des Denkens. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 1 u. 2. (S. 211*; 215*.)
13. *Bumke, O.*, Psychologische Vorlesungen für Hörer aller Fakultäten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 194 S. 16,80 M.
14. *Chowrin, A. N.* (Tambow), Experimentelle Untersuchungen auf dem Gebiete des räumlichen Hellsehens. Deutsch von A. Freiherr v. Schrenk-Notzing. München, E. Reinhardt. 80 S. 3 M.



15. *Dessoir*, *Max*, Vom Jenseits der Seele. 3. Aufl. Stuttgart, Fr. Enke 554 S. 15 M.
16. *Deutsch*, Dr. *Helene*, Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus der Regression bei Schizophrenie. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse, V. Jahrgang 1919, H. 1.
17. *Dück*, *Johannes* (Innsbruck), Die Berufseignung der Kanzleiangestellten. Schriften zur Psychologie der Berufseignung und des Wirtschaftslebens.
18. *Ebbecke*, *Ulrich*, Die kortikalen Erregungen. Leipzig 1919, Johann Ambrosius Barth.
19. *Ebbinghaus*, *Hermann*, Abriß der Psychologie. 6. Aufl. Leipzig, Veit & Co. 206 S.
20. *Eckstein*, *A.* (Freiburg i. B.), Weitere Untersuchungen über tierische Hypnose. Pflügers Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. 177, S. 38.
21. *Engelking*, *Ernst*, Der Schwellenwert der Pupillenreaktion und seine Beziehungen zum Problem der pupillomotorischen Aufnahmeorgane. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 50, H. 6.
22. *Filehne*, *Wilhelm*, Über irdische Vorgänge, die nur in der Dämmerung sichtbar sind, und über Dämmerungsvorgänge am Planeten Venus. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 50, H. 6.
23. *Flatau*, San.-Rat Dr. *Georg*, Nervenarzt in Berlin, Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus. Berlin 1918, Verlag S. Karger.
24. *Foster*, *William S.*, Psychology of morals. Psycholog. bull. no. 16, p. 46.
25. *Freud*, *Sigm.* (Wien), Die Traumdeutung. 5. Aufl. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 474 S. 25,20 M.
26. *Freud*, *Sigm.*, Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. Zweite vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1919.
27. *Freud*, *Sigm.* (Wien), Zur Psychologie des Alltagslebens (über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum). Sechste vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Internationaler psychoanalytischer Verlag. Referat Bleuler: Münch. med. Wschr. Nr. 2, S. 53. (1920.)
28. *Freud*, *Sigm.*, *Ferenczi*, *S.*, *Abraham*, *K.*, *Simmel*, *E.*, *Jones*, *E.*, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion, gehalten auf dem 5. internationalen psychoanalytischen Kongreß am 28./29. September 1918 in Budapest. Intern. psychoanal. Bibl. Nr. 1. Leipzig u. Wien, Internationaler psychoanalytischer Verlag.
29. *Goldstein*, *Kurt*, und *Gelb*, *Adhémar*, Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter. II. Abhandlung. Über den Einfluß des vollständigen Verlustes des optischen Vorstellungsvermögens auf das taktile Erkennen. Zugleich ein Beitrag zur Psychologie der taktilen Raumwahrnehmung und der Bewegungsvorstellungen. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane Bd. 38, W. 1 u. 2, 1919. (S. 226*.)
30. *Grünbaum*, *A. A.*, Untersuchungen über die Funktionen des Denkens

und des Gedächtnisses, III u. IV. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 38, H. 3 u. 4. (S. 218*.)

31. *Grünbaum*, *A. A.*, Negative Abstraktion und Nebenaufgabe. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 38, H. 3 u. 4.
32. *Grünbaum*, *A. A.*, Wille und Bewegung. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 63 (II), p. 2025.
33. *Henning*, *Hans*, Experimentelle Untersuchungen zur Denkpsychologie. I. Die assoziative Mischwirkung, das Vorstellen von noch nie Wahrgenommenem und deren Grenzen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 81, H. 1—3. (S. 211*.)
34. *Henning*, *Hans*, Assoziationslehre und neuere Denkpsychologie. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 3 u. 4. (S. 211*; 215*.)
35. *Henning*, *Hans*, Prüfung eines Wünschelrutengängers durch eine wissenschaftliche Kommission. Ztschr. f. Psychol. Bd. 82, H. 5 u. 6.
36. *Henning*, *Hans*, Die besonderen Funktionen der roten Strahlen bei der scheinbaren Größe von Sonne und Mond am Horizont, ihr Zusammenhang mit dem Aubert-Försterschen und Kosterschen Phänomen und verwandte Beleuchtungsprobleme. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 50, H. 6.
37. *Hirschlaff*, *Leo* (Berlin), Hypnotismus und Suggestivtherapie. 2. Aufl. Leipzig, Joh. Ambros. Barth. 309 S. 11 M.
38. *Hoche* (Freiburg), Mögliche Ziele der Traumforschung. Vortrag: 44. Wanderversammlung Südwestd. Neurologen u. Irrenärzte, Baden-Baden 31. V. bis 1. VI. 1919. Eigenbericht: Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 451.
39. *Hoppe*, *Adolf* (Rinteln a. W.), Zur logischen Grundlegung der Psychopathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 51, H. 4—5, S. 376.
40. *Isserlin*, *M.* (München), Psychologisch-phonetische Untersuchungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 1, S. 1.
41. *Janet*, Les médications psychologiques. Vol. I. Paris, Alcan.
42. *Jolly*, *Ph.*, Assoziationsversuche bei Debilen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1919, Bd. 61, H. 1.
43. *Jaspers*, *Karl*, Psychologie der Weltanschauungen. Berlin, Jul. Springer. 428 S. 22 M.
44. *Kaila*, *Eino*, Versuch einer empirischen Erklärung der Tiefenlokalisation von Doppelbildern. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 3 u. 4.
45. *Kielholz*, *A.* (Königsfelden), Jakob Boehme. Ein pathologischer Beitrag zur Psychologie der Mystik. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 95 S. 4,20 M.
46. *Klemm*, *O.*, Historia de la Psicología. Traduccion de S. Rubiano. Madrid, Reus. 6 pesetas.
48. *Koffka*, *K.*, Zur Theorie einfachster gesehener Bewegungen. Ein physiologisch-mathematischer Versuch. Ztschr. f. Psychol. Bd. 82, H. 5 u. 6.



49. *Kohnstamm, Oskar*, Medizinische und philosophische Ergebnisse aus der Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. München, S. Reinhardt, 1918. 38 S. 1,80 M.
50. *Kraß*, Über neue Tasttäuschungen. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 50, H. 6.
51. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen). Zur Kritik des Unbewußten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 46, H. 4/5, S. 368. (S. 206*.)
52. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen). Seele und Bewußtsein. Kritisches zur Verständigung mit Bleuler (vgl. gl. Ztschr. S. 80). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 53, H. 1/2, S. 97. (S. 206*.)
53. *Küppers, E.*, Über die Deutung der plethysmographischen Kurve. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane Bd. 81, H. 4—6, 1919. (S. 208*.)
54. *Laehr, Hans*, Die physiologischen Korrelate der Lust und Unlust. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 75, H. 4/5, S. 563.
55. *Leydesdorff, Julius*, Beitrag zur speziellen Psychologie des jüdischen Volkes. Inaug.-Diss. Groningen.
56. *Levy-Suhl, Max* (Berlin-Wilmersdorf), Vom Wesen der Hypnose. Unter Verwendung kriegsärztlicher Beobachtungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 49.
57. *Lipmann, Otto*, Psychologie für Lehrer. Leipzig, Joh. A. Barth. 196 S. 9,60 M.
58. *Lipps, G. F.*, Das Problem der Willensfreiheit. 2. Aufl. Leipzig-Berlin, G. Teubner. . 130 S. 1,90 M.
59. *Löwy*, Dr. *Max*, Bemerkungen zur Lehre von der Hypnose und zur Pulsbeeinflussung in derselben. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2.
60. *Lubarsch, O.*, Ursachenforschung, Ursachenbegriff und Bedingungslehre. Deutsche med. Wschr. 1919, Nr. 1 u. 2.
61. *Mangold, E.* (Freiburg i. B.), Über die Reflexerregbarkeit in der tierischen Hypnose. Vortrag, 44. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden, Mai/Juni. Eigenbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. u. E.-Bd. 19, H. 3, S. 135.
62. *Mangold, E.*, und *Eckstein, A.* (Freiburg i. B.), Die Reflexerregbarkeit in der tierischen Hypnose. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 177, S. 1.
63. *Marcuse, Harry* (Berlin-Herzberge). Aufsätze zur energetischen Psychologie. Arch. f. Psychol. Bd. 60, H. 1, S. 72.
64. *Marcuse, Max* (Berlin), Über die Problematik der Sexualpsychologie des Weibes und der vergleichenden Sexualpsychologie des Geschlechts. Ztschr. f. Sexualwissenschaft, Dez. 1919.
65. *Margulies, Max* (Wittenau), Zur Technik psychologischer Analyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, H. 5, S. 413.
66. *Meyer, Paula*, Weitere Versuche über die Reproduktion räumlicher



Lagen früher wahrgenommener Figuren. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 1 u. 2.

67. *Pasch, M.*, Mathematik und Logik. Vier Abhandlungen. 1. Über innere Folgerichtigkeit. 2. Über den Bildungswert der Mathematik. 3. Forschen und Darstellen. 4. Der Aufbau der Geometrie. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 38, H. 3 u. 4.

68. *Pick, A.* (Prag), Über Gedankenkontamination. Ztschr. f. Psychol. Bd. 82, S. 67.

69. *Pick, A.* (Prag), Zur Psychopathologie des Zeitsinns. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 3, S. 430.

70. *Pilcz, Alexander* (Wien), Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychologie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23—26, S. 157 u. 179.

71. *Prantl, Rudolf*, Die Schnelligkeit des optischen Erkennens als Funktion der Objektlage. Ztschr. f. Psychologie Bd. 82, H. 5 u. 6.

72. *Rosenberg, Maximilian* (Frankfurt a. M.), Über gewisse Regelmäßigkeiten der Perseveration. II. Über eine „assoziative" Form der Perseveration. (Vgl. d. Ztschr. Bd. 8.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 48, W. 1/5, S. 235.

73. *Rosenberg, Maximilian* (Frankfurt a. M.), Über Störungen der Zeitschätzung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 51, H. 2/3, S. 208.

74. *Roßbach, J. R.* (München), Die Massenseele. Vortragsbericht vom 29. 1. 1919. Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 256. Auch Buchausgabe: München, Müller & Steinicke. 34 S. 1,50 M.

75. *Silberer, Herbert* (Wien), Der Traum. Einführung in die Traumpsychologie. Stuttgart, F. Enke. 128 S. 4 M.

76. *Siwinski, Boleslav* (Lodz), Tachistoskopische Untersuchungen über Auffassung bei Gesunden und Geisteskranken. Sommers Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10, H. 4, S. 241.

77. *Stekel, W.* (Wien), Technik und Grenzen der Psychoanalyse und Psychotherapie. Therapie der Gegenwart, Augustheft.

78. *Stekel, W.* (Wien), Der Psychographismus und seine Folgen. Med. Klinik Nr. 47, S. 1197.

79. *Stern, Erich* (Straßburg i. E.), Die Bedeutung der Berufspsychologie für das ärztliche Handeln. Therap. Monatsh. Jahrg. 33, März, S. 101.

80. *Stern, Erich* (Hamburg), Pathopsychographische Untersuchungen. I. Über die Notwendigkeit, den Wert und die Methode psychographischer Untersuchungen in der Psychopathologie. Psychographisches Schema. Arch. f. Psych. Bd. 61, H. 2, S. 328.

81. *Stern, Erich* (Hamburg), Die Bedeutung der berufspsychologischen Forschung für die Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung Bd. 10, H. 5, S. 32.



82. *Stuchlík*, *Jaroslav*, Zur Psychoanalyse der Tagesbegebenheiten. Čas. česk. lék. vol. 56, p. 894, 1919. (Böhmisch.) (S. 205*.)

82 a. *Stuchlík*, *Jaroslav*, Die Duboissche Persuasion. Čas. česk. lék. vol. 57, p. 166, 1918. (S. 205*.)

83. *Tausk*, *Victor*, Über die Entstehung des „Beeinflussungsapparates" in der Schizophrenie. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse V. Jahrg. 1919, H. 1.

84. *Trömner*, *E.*, Hypnotismus und Suggestion. 3. Aufl. Leipzig-Berlin, G. B. Teubner. 1,60 M.

85. *Viqueira*, *J. V.*, Introduzión a la Psicología pedagógica. Madrid, Reus. 5 pesetas.

85 a. *Vischer*, *A. L.* (Basel), Zur Psychologie der Übergangszeit. Basel, Kober, C. F. Spittlers Nachf. 79 S. 2,50 M.

86. *Wagner v. Jauregg*, *J.* (Wien), Vortrag über Suggestion, Hypnose, Telepathie. Bericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1343.

87. *Werner*, *Heinz*, Rhythmik, eine mehrwertige Gestaltenverkettung. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 3 u. 4.

88. *Wingender*, *Peter*, Beiträge zur Lehre von den geometrisch-optischen Täuschungen. Ztschr. f. Psych. Bd. 82, H. 1 u. 2.

89. *Wölfflin*, *E.*, Weitere Untersuchungen über das Wesen des Fernsinns. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 50, H. 6.

90. *van Woerkom*, *W.*, Sur la notion de l'espace, sur la notion du temps et du nombre. Rev. neurol. vol. 26, p. 113.

Stuchlík (82) veröffentlicht einige Beispiele von Analysen des Versprechens, Verschreibens, Witzemachens, der Neologismen-Bildung, der Kryptographie u. dgl., bei welchen nachgewiesen wird, wie präzis und eindeutig die eine oder andere Art der Äußerung mit der inneren psychischen Konstellation im Sinne des „Komplexes" zusammenhängt, die erstere ein Symbol für die letzteren bildend. Die Lösung der Endprodukte unbewußter psychischer Vorgänge wurde in den meisten Fällen mit der Methode der freien Einfälle herbeigeführt; nur seltener bediente sich der Verf. des Assoziationsexperimentes. In den meisten Fällen — wie es sich erwarten läßt — handelte es sich um Komplexe sexueller Natur, um unbewußte, durch die „Zensur des Bewußtseins" vergeblich gehemmten Durchbruch der tiefen, unterdrückten Wünsche. Hauptsächlich bei der Lösung von Wortneubildungen, Neologismen, hat sich der Kampf der hemmenden und durchdringenden Faktoren am wechselvollen und beziehungsreichen Bilde der Einfälle schön verfolgen lassen; eine gesetzmäßige Wiederholung des Steigens und Sinkens der „Kraft" dieses oder jenes Faktors, also eine sich „wellenartig" durchdringende Erkenntnis mag auch da Erwähnung finden, obgleich betreffs Beispiele für diese Beobachtung auf die Originalarbeit hingewiesen werden muß. (*Jar. Stuchlík*, Košice.)

Stuchlík (82 a) diskutiert in seiner kritischen und kasuistischen Mitteilung die theoretische Grundlage und praktische Anwendungsmöglichkeiten und -aussichten der *Dubois*schen Persuasion. Er kommt zum Schlusse, daß die Theorie



über die im Prinzip intellektuelle Grundlage auch (resp. nach *Dubois* insbesondere) der überwiegend affektiven Störungen und Krankheiten sich nicht halten läßt und daß auch positive, therapeutische Resultate, vorausgesetzt die Richtigkeit der Diagnose, sich als auf anderem Wege, meistens dem der Suggestion, erzielte begreifen lassen. An seinem eigenen, ausführlich veröffentlichten Material — Melancholia involuta, manisch-depressives Irresein, depressive Phase, Neurasthenie (Asthenie) usw. — demonstriert er, daß striktes Befolgen der Ratschläge *Dubois'* auch nicht zum Ziele führt, abgesehen von vorübergehenden Besserungen, die aber ihr Zustandekommen sicher mehr der Suggestion als der Persuasion verdanken. Besonders bei Depressiven konnte eine merkliche Besserung — Vorsicht vor dem Vorspielen einer Besserung seitens des Patienten, was bei Depressiven im Sinne einer Dissimulation ziemlich häufig sich konstatieren läßt! — nie beobachtet werden; ebenfalls der erwähnte Neurastheniker, trotz vollständigem Verständnis für die Beschaffenheit seiner Krankheit, blieb ungebessert.

(*Jar. Stuchlik*, Košice.)

Unter den psychologischen Grundansichten, die noch immer schärfer, als es bei der verhältnismäßig einfachen Lage der einschlägigen Tatsachen und der wiederholten Darlegung ihrer Bedeutung durch berufene Psychologen und Pathologen verständlich ist, die Geister gegeneinander treiben, gehören auch die vom Wesen und vom Begriff des Unbewußten. Neuerdings hat sich über diesen Gegenstand nun *Ernst Kretschmer* (51) in klarer und ungemein frischer Weise geäußert; er hat es dabei verstanden, sich auf das wirklich Wesentliche zu beschränken. Er behandelt die aufgeworfene Frage in ihrem Zusammenhange mit dem Hysterieproblem, bei dem er insbesondere die Kriegs- und Unfallhysteriker im Auge hat, und das mit dem Geheimnis beginnt, wie erfolgt bei einem entsprechend gearteten oder durch Lebensschicksale vorbereiteten Menschen die Umsetzung gewisser Wünsche in die bekannten hysterischen Erscheinungen, die psychischen, motorischen und sensiblen Entladungskomplexe? Nach *K.* ist dies ein „Problem der neuropsychischen Dynamik", es handelt sich um „Wille und Reflex". Eines sei gleich vorweggenommen: darauf, daß „Reflex" in seiner gewöhnlichen Bedeutung die gemeinten somatischen Vorgänge zweifellos nicht ganz deckt, darf *K.* nicht festgelegt werden. Er hat an späterer Stelle derselben Arbeit das Gemeinte selbst durch „nervöser Automatismus" zu treffen gesucht und in seiner späteren Veröffentlichung („Seele und Bewußtsein. Kritisches zur Verständigung mit Bleuler") (52) erklärt, „Reflex ist der prägnanteste Vertreter der Gesamtgruppe der nervösen, sowohl körperlichen als psychischen Automatismen".

Die fragliche Umsetzung, etwa des Wunsches nach Rente in einen Schütteltremor oder des Widerwillens gegen den Ehemann in Globus, vollzieht sich, so heißt es vielfach, im Unbewußten. Das heißt: wir wissen es nicht. Da für uns Seele, Bewußtsein, unmittelbare Erfahrung dasselbe sind, so bedeutet unbewußtes Seelisches sprachlich und begrifflich einen Widerspruch, den wir solange in Kauf nehmen können, wie das darunter Verstandene uns gute Dienste tut. Nun steht ja fest: „Die Kausalität vieler seelischer Vorgänge führt außerhalb des Bewußtseins." Noch gar nicht recht zutreffend wird dies oft schon angenommen, wo ein

Außerbewußtes, z. B. ein optischer Reiz, erst längere Zeit nach seinem Verschwinden zur (vollen) bewußten Auswirkung kommt, oder wo ein Bewußtes, z. B. der Wille auf ein Außerbewußtes, etwa einen hysterischen Krampf wirkt, ohne daß wir wissen, wie. Wie verhält es sich, wenn jemand sagt: „Ich habe die Tür unbewußt geschlossen?" Dreierlei kann hier das „unbewußt" bedeuten. 1. den Gegensatz von „mit bewußter Absicht" = minderbewußt; 2. eine nicht erinnerliche Handlung von nachträglich nicht mehr feststellbarem Bewußtseinswert; 3. außerbewußt, aber in Wechselwirkung mit der Absicht, auszugehen = automatisch. In allen drei Fällen wird man den Vorgang nur dann „unbewußt" nennen, wenn „am psychischen Tatbestand nachträglich etwas auffällt", wenn im seelischen Zusammenhang eine Lücke entdeckt wird, wenn „Bewußtseinsgrad" des Vorganges und seine „Bewußtseinswirksamkeit" im umgekehrten Verhältnis stehen. Das Unbewußte ist ein Sammelname „für alle Negativfaktoren im Kausalnexus des bewußten seelischen Erlebens", keine positive Größe und noch weniger das wahre, geheimnisvolle Wesen der Seele selbst hinter der Oberfläche der bewußten Erlebnisse.

Die Lehre vom Unbewußten hängt eng zusammen mit der der Verdrängung. Auch die diesem Begriff zugrunde liegenden Tatsachen sind einfach: ein Bindeglied in der Kette der Bewußtseinstatsachen fällt aus, weil das Subjekt an diesem Ausfall ein Interesse hat und die Verknüpfung des vorhergehenden und nachfolgenden Erlebnisses ist darnach nicht mehr unmittelbar verständlich. Viele Vorstellungen übrigens, die wir zu verdrängen suchen, rücken wir nur nach der Peripherie des inneren Blickfeldes, sie bleiben zeitweilig bewußt oder minderbewußt. Die für längere Zeit wirklich verdrängten und dennoch seelisch wirksamen leben als Gehirnvorgänge weiter. Oft geübte psychophysische Vorgänge können sich bekanntlich verkürzen, indem Zwischenglieder ausfallen. Das Erlernen unserer Fertigkeiten (Schlittschuhlaufen, Lesen) beruht ebenso darauf wie manche psychopathologische Erfahrungen (Stimmungen, deren zugehörige Vorstellungsinhalte vergessen, Vorstellungen, deren zugehörige Affekte verblaßt sind). Bei der Verdrängung tritt eine solche „formelhafte Verkürzung" gerade an der Stelle ein, „wo das Subjekt ein Interesse daran hat". Aber Wille + Reflex (nervöser Automatismus) gibt Hysterie. Die Verdrängung ist eine „willkürlich selektive Beeinflussung physiologischer Verkürzungsformeln. Ein selbständiges Unterbewußtsein ist am Effekt nicht beteiligt".

Indem nun der Wille den Automatismus immer besser in Gang setzen lernt (ihn „verwillkürlicht"), wird er umgekehrt selbst mehr und mehr vom Automatismus abhängig. Das Endergebnis ist, daß der Automatismus ausgelöst wird, ohne daß das Subjekt weiß, ob es will oder nicht. In diesem Wechselspiel von Wille und Reflex, dessen Ineinandergreifen für ihren Träger bald nicht mehr zu übersehen ist, sucht *K.* den Grund dafür, daß viele Verdrängungen einer Selbstkorrektur unzugänglich sind. Den ganzen genetischen Zusammenhang dem Kranken wieder in die Hand zu geben, ist der Sinn aller kathartischen und psychoanalytischen Therapie.

Es ist falsch zu glauben, daß es keine Verdrängung ohne Hysterie, und ebenso falsch, daß es keine Hysterie ohne Verdrängung gebe. Die Verdrängung ist nur



einer von den Vorgängen, durch die es zu mehr oder weniger willkürlicher Reflexverstärkung kommt. Stets aber liegt die Hysterie „im Willen und in seinem Verhältnis zum psychophysischen Reflexapparat“.

Ob und wieweit die plethysmographische Methode geeignet ist, für den Psychologen brauchbare Ergebnisse zu liefern, ist durchaus nicht ausgemacht. Während *Lehmann* im Plethysmographen den Psychographen schlechtweg erblickt, bestreitet *Robert Müller*, daß psychisches Geschehen überhaupt die Kurven mitbestimme. *Küppers* (53) eingehende, kritische Untersuchung über Fehlerquellen des Apparates über die Natur seiner rein physiologischen Aufschlüsse und über die durch ihn zum Ausdruck gelangenden psychischen Vorgänge ist bei dieser Sachlage mit Dank aufzunehmen. Zweifellos werden die sogenannten respiratorischen Schwankungen der plethysmographischen Kurve durch Bewegungen des Armes in der Röhre u. U. so alteriert, daß psychische Vorgänge nicht mit Sicherheit mit ihnen in Beziehung gesetzt werden dürfen. Änderungen der Herz- und Atemtätigkeit von nicht ganz ungewöhnlicher und dann auch bewußt werdender Stärke bleiben ohne Einfluß auf die langsamen Schwankungen der Volumkurve. Diese selbst (*Mayer*sche Wellen und psychisch bedingte Schwankungen) kommt durch Blutverschiebungen zwischen den Gefäßen der äußeren und inneren Körperoberfläche zustande. Der Entstehungsort dieser Blutverschiebungen ist das Vasomotorenzentrum im verlängerten Mark. Zeitlich fallen Steigerung des Blutdruckes und Ansteigen der *Mayer*schen Wellen immer zusammen.

Psychische Vorgänge kommen mit Sicherheit nur in drei Eigentümlichkeiten den Kurven zum Ausdruck: in typischen, verhältnismäßig kurz dauernden Senkungen der *Mayer*schen Wellen; in der nach der gleichen Richtung erfolgenden, aber zeitlich ausgedehnteren und tiefer absinkenden „Spannungskurve“; in der eine entgegengesetzte Blutverteilung anzeigenden Kurve beim Besinnen. Unbemerkte und unbeachtete Reize rufen diese Verlaufseigentümlichkeit der Kurve nicht hervor, nur „das Aufmerken entscheidet“. Die Auslösung erfolgt offenbar auf dem Wege über die Großhirnrinde zum Vasomotorenzentrum. Letzteres wird, wenn Senkung oder Spannungskurve zustande kommt, gehemmt, beim Besinnen eher gereizt, sonst nur in seiner inneren Tätigkeit beeinflußt, so daß die spontanen Tonusschwankungen einsetzen. Lähmende Schreckreize führen zu reflektorischer Hemmung, die jedoch während starker aktiver Spannung — also maximalen kortikofugalen Hemmungseinflusses — nicht mehr in einer weiteren Senkung der Kurve zum Ausdruck kommt.

Was sich in den Kurven ausspricht, sind also weder inhaltliche Erlebnisse, noch die Gefühle der Lust und Unlust. Auch die „Gefühlsdimensionen“ Erregung—Beruhigung zeitigen keinen sicheren Effekt. Es sind vielmehr die mit dem Spannungszustand einhergehenden verschiedenen Verhaltungsweisen (Bemerken, Beachten, Erwarten u. dgl.), die sich in der Blutverteilung kundgeben, sowohl die momentanen „Einstellungsakte“ als auch die dauernderen geistigen Verfassungen, die „Einstellungshaltungen“. Die vasomotorische Reaktion auf die Konzentration der psychischen Aktivität, auf die Bevorzugung bzw. Benachteiligung bestimmter Erlebnisse, ist nur ein Sonderfall der zahlreichen Hemmungsimpulse, die wir als



Begleiterscheinungen der Aufmerksamkeit am Gefäßapparat, an den Pupillen und an der Muskulatur kennen. Sie alle zeigen uns nicht bestimmte seelische Erlebnisse an, sondern sie künden uns von Arten des menschlichen Verhaltens.

Bouman (8) hat seine Untersuchungen über den Willen bei Normalen und Psychopathen an sieben gesunden und ebensovielen psychopathischen Versuchspersonen angestellt. Seine Versuchsanordnung schließt sich eng an die von *Ach* ausgebildeten Methoden an. Durch wiederholtes Darbieten von Reihen aus acht sinnlosen Silben wurden zwischen den einzelnen Gliedern dieser Reihen mehr oder weniger feste Assoziationen hergestellt. Hierauf hatten die Versuchspersonen im Anschluß an eine erneute Darbietung einer assoziierten Reizsilbe folgende Willensleistungen zu vollbringen: 1. den ersten und dritten Buchstaben der Reizsilbe umzustellen, 2. einen Reim zu bilden. Des Vergleiches halber wurde durch die Aufgabe, die erste auftretende Silbe auszusprechen, auch die Reproduktion geprüft. Die Silben der zu lernenden Reihen waren unter sich entweder durch kein weiteres Band verbunden, oder es reimte sich jede gerade auf die vorhergehende ungerade, oder endlich die geraden waren Umstellungen der ungeraden. Es wurden des Vergleiches halber außer den gelernten auch solche Silben dargeboten, die keine Assoziationen eingegangen hatten.

Das Wollen bedingt, daß sich das seelische Geschehen im Sinne der Absicht vollzieht = „Determination"; es macht dadurch den Ablauf des Denkens und Handelns zu einem geordneten. Wenn jedoch eine Silbenreihe eine entsprechend häufige und feste Einprägung erfahren hat, so bestimmt nicht die Determination, sondern die Assoziation den Ablauf; die Wiederholungen haben das „assoziative Äquivalent" geschaffen, das sich durch die Zahl der nötigen Wiederholungen ausdrücken läßt. Wird statt mit einem verlangten Reim mit einer Umstellung reagiert, also in der Richtung der eingeprägten Assoziation, so wird von „intendierter Fehlreaktion" gesprochen. Ehe das assoziative Äquivalent schon völlig erreicht ist, können die Assoziationen die reproduktiven Tendenzen doch schon so gestärkt haben, daß die verlangte Willenshandlung nur unter Verlängerung ihrer Dauer richtig zustande kommt = „reproduktiv determinierende Hemmung".

Durch das assoziative Äquivalent wird die Stärke der Willenskraft bzw., wie *Selz* annimmt, nur die Fähigkeit zur Konzentration der Aufmerksamkeit auf bestimmte Tätigkeiten und zur Unterdrückung gewohnheitsmäßiger Handlungen gemessen; vielleicht ist es nur ein „Ausdruck für die Übung und Geschicklichkeit der Aufmerksamkeitskonzentration".

Die Unterschiede zwischen den Ergebnissen bei den normalen und psychopathischen Versuchspersonen faßt der Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

I. Die Introspektion ist bei den anormalen Vp. mit geringerer Bildung viel weniger ausgesprochen als bei den normalen Vp. mit höherer Bildung; die Unterschiede sind fast ausschließlich in den quantitativen, nicht in den qualitativen Resultaten zu finden.

II. Bei anormalen Vp. gibt es viel weniger intendierte Fehlreaktionen; bei einer dieser Vp. wird ausdrücklich angegeben, daß dabei eine Aufmerksamkeitsstörung eine Rolle spielte.





III. Die normalen Vp. gaben mehr reihenrichtige Reaktionen als die anormalen. Es gab eine gewisse Relation zwischen den reihenrichtigen Reaktionen und den intendierten Fehlreaktionen.

IV. Die vorangehenden Lernversuche werden von den anormalen Vp. für eine selbständige Prüfung gehalten, losgelöst von der späteren Aufgabe.

V. Die anormalen Vp. zeigten bei der eigentlichen Aufgabe eine neutrale Einstellung, die vielleicht in Beziehung zu der Zeitperspektive und dem Fehlen des Interesses stand.

VI. Die nicht intendierten Fehlreaktionen wurden mehr bei den normalen Vp. als bei den anormalen gefunden.

VII. Die Reaktionszeiten waren bei den anormalen Vp. länger als bei den normalen.

VIII. Die anormalen Vp. machten den Eindruck, das Experiment für eine Leistungsprüfung zu halten.

IX. Die Übung zeigt sich bei den anormalen Vp. etwas häufiger als bei den normalen.

X. Die sukzessive Attention, die oft bei den normalen Vp. zu beobachten ist, kommt nur ausnahmsweise bei den anormalen Vp. vor.

XI. Dasselbe gilt für den Unlustaffekt, der mehrmals bei den normalen, aber niemals bei den anormalen Vp. vorkommt.

XII. Vom Abdrängen der assoziierten Silbe wird jedenfalls nicht bei den anormalen Vp. gesprochen. Es war entschieden viel weniger Komplexbildung bei den anormalen Vp. vorhanden, durch Mangel an Übung und an Interesse.

XIII. Die Bewußtheit der Bekanntheit und der Fremdheit kommt viel häufiger bei den normalen als bei den anormalen Vp. vor.

XIV. Die anormalen Vp. hatten viel mehr Neigung, für die Reaktionswörter sinnvolle Wörter zu suchen.

XV. Das Gesetz der speziellen Determination, das bei den normalen Vp. in ungefähr der Hälfte der Fälle, bei den anormalen viel weniger zum Ausdruck kommt, steht in Zusammenhang mit den reihenrichtigen Reaktionen.

XVI. Der Unterschied zwischen der heterogenen und homogenen Tätigkeit tritt bei den normalen Vp. viel stärker hervor als bei den anormalen.

XVII. Die mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen und die Ausrufe kamen bei den normalen Vp. mehrmals vor, wurden dagegen bei den anormalen Vp. nicht gefunden.

Der Jahrgang 1919 bringt eine Reihe von Arbeiten, die für die Ausgestaltung unserer psychologischen Grundanschauungen von besonderer Bedeutung sind. Es empfiehlt sich daher, diese Arbeiten so ausführlich, wie es auf dem zur Verfügung stehenden Raume überhaupt möglich ist, anzuzeigen und dafür auf die Besprechung jener Forschungsergebnisse, deren Wert mehr im Nachweis von Einzeltatsachen liegt, zu verzichten.



An erster Stelle sei auf den Kampf zwischen Anhängern und Gegnern der Assoziationspsychologie verwiesen, dessen Beginn sich in den Ausführungen von *Bühler* (12) und *Henning* (33, 34) deutlich abzeichnet.

Schon im Jahre 1913 hat *G. E. Müller* [1]) gegen die Versuche der *Külpe*schen Schule, gewisse Erscheinungen der Denkpsychologie durch Aufstellung von „Bewußtheiten", „Bewußtseinslagen" und besondere „determinierende Tendenzen" zu erklären, Widerspruch erhoben und betont, daß die psychologischen Tatsachen im Sinne der von ihm vertretenen Assoziationspsychologie in völlig befriedigender Weise verstanden werden können. Eine grundsätzliche Antwort der angegriffenen Autoren war hierauf bis zum Jahre 1918 nicht erfolgt. Hierauf hat *H. Henning* in den einleitenden Ausführungen zu seinen „experimentellen Untersuchungen zur Denkpsychologie" mit Nachdruck hingewiesen, hat sich selbst zur Assoziationslehre bekannt und hat den Standpunkt dieser Lehre in folgenden Sätzen kurz gekennzeichnet: „Die Assoziations- und Reproduktionsgesetze gelten nicht nur für Vorstellungen, sondern für alle Bewußtseinszustände und Verhaltungsweisen; ebenso sowohl für einzelne Elemente, als für Komplexe und Gesamtverfassungen. Unter diesen Gesetzen sind zu verstehen die Gesetze der Assoziation, der Substitution, der Ähnlichkeitsreproduktion, der Perseveration, des Zusammenwirkens von Reproduktionstendenzen u. a., wozu noch die allgemeinen Tatsachen der Enge sowie der Unbeständigkeit des Bewußtseins, die Rolle der Aufmerksamkeit und dergleichen hinzutreten." Mit Hilfe dieser Gesetzmäßigkeiten werden auch die Ergebnisse von *Henning*s eigenen Untersuchungen zur Denkpsychologie erklärt. Bei ihnen war von den Versuchspersonen im wesentlichen die Lösung von zweierlei Aufgaben verlangt: 1. mußte auf zwei Reizworte, die in einem Abstand von durchschnittlich 1 Sekunde zugerufen wurden, mit einem Wort reagiert werden. Die genauere Instruktion war dabei sehr verschiedenartig; teils hatte die Reaktion ganz ungezwungen zu geschehen, teils sollte sie nur auf das erste oder nur auf das zweite oder auf beide Reizworte erfolgen; in gewissen Fällen sollte das Reaktionswort einem bestimmten Sinnesgebiete, dem des Gesichts, des Gehörs, des Geruches usw. angehören. Die Reizworte waren zum Teil so gewählt, daß entweder ihre assoziative Verknüpfung in früherer Zeit mit Sicherheit vorausgesetzt oder ausgeschlossen werden konnte; sie waren entweder eindeutig oder mehrdeutig oder die Bedeutung des ersten paßte zu der des zweiten und umgekehrt. U. U. wurde das zweite Reizwort als Unterbrechungsreiz benutzt; 2. war verlangt, auf sprachliche Anregung willkürlich erzeugte Phantasiebilder entstehen zu lassen; dabei wurden die Aufgaben soweit erschwert, daß die Grenzen der Phantasie erreicht wurden. Solche Aufgaben lauteten z. B.: „ein goldener Berg"; „ein spiralförmiger violetter Fabrikschlot"; „Apfelblüten, die schwarz blühen und jodeln"; „deine Tante betrunken torkelnd". Bald zeigte es sich, daß es in jedem Falle zweckmäßiger war, die Aufgabe auch hier in zwei Teile zu zerlegen und erst dann, wenn auf das erste Reizwort eine Vorstellung sich gebildet hatte, den Rest der Aufgabe aus-

[1]) Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufes. I. und III. Teil.




zusprechen. Also z. B. statt „ein goldener Berg" zu sprechen „ein Berg — der golden ist". Die Versuchspersonen hatten sich über ihre Erlebnisse genau zu äußern. Auch bei den erstgenannten Versuchen gewähren instruktive Protokolle Einblick in das angeregte seelische Geschehen.

Henning sicht auch in den Reaktionen auf zwei Reizworte „willkürlich vorbereitete innere Willenshandlungen mit relativ bestimmter Aufgabe". Von den Reizworten gehen, ohne daß sie stets beide beachtet werden, Reproduktionstendenzen aus und führen zu Vorstellungen, deren Entstehung aus assoziativer Mischwirkung sich aufzeigen läßt. Eine vom ersten Reizwort angeregte Vorstellung wird durch eine vom zweiten Reizwort ausgehende Reproduktionstendenz erändert. Das seelische Geschehen ist dabei ein recht kompliziertes: „... die vom ersten Reizwort ins Spiel gesetzten Prozesse beeinflussen das Stärkeverhältnis der vom zweiten Reizwort ausgehenden Schar von Reproduktionstendenzen durchaus, indem die vom ersten Reizwort erweckte Vorstellung andere, mit ihr assoziativ verknüpfte Vorstellungen in eine höhere Bereitschaft bringt. Dabei werden die Reproduktionstendenzen des zweiten Reizwortes in Mitleidenschaft gezogen...".

Außerdem wird gegebenenfalls dazu noch ein Bedeutungszusammenhang, eine Beziehung u. dgl. zwischen den beiden Reizworten gestiftet, oder beide bilden ein Ganzes, bevor die zweite Reproduktionstendenz in Kraft tritt und eine assoziative Mischwirkung verursacht. Beispiel: Erstes Reizwort „Bismarck", zweites Reizwort „Sohn"; Reaktion „Versailles". Protokoll: „Gleich kam das visuelle Erinnerungsbild: das Gemälde der Kaiserproklamation in Versailles. Ich sah auf Bismarcks Kopf, der besonders deutlich war. Bei Sohn dachte ich sofort an Herbert Bismarck, und es wurde ein anderer Kopf des Gemäldes deutlich, den ich nun aufmerksam ansah." Das Beispiel illustriert auch die wiederholt festzustellende Tatsache, wie die reproduktiv veränderte Situation einen Wechsel der Aufmerksamkeit veranlaßt. Auch eine zweite Reproduktionstendenz kann von der veränderten Situation ausgehen und das vom ersten Reizwort ausgelöste Vorstellungsbild durch assoziative Mischwirkung umändern. Eine zweite Reproduktionstendenz macht aber u. U. auch ein schon bestehendes Vorstellungsbild einfach deutlicher, besonders wenn es zunächst nur undeutlich (und vielleicht übersehen!) war. Für verlangte Vorstellungen bestimmter Art (z. B. visuelles Bild von Basel), die die Vp. nicht erzeugen kann, treten Ersatzvorstellungen (Ansichtskarte aus Zürich) ein. Es wird versucht, Vorstellungen, die der Aufgabe widersprechen, zu verdrängen. Die kontrollierende Aufmerksamkeit und die der Aufgabe entsprechende Reproduktionstendenz teilen sich in diese Arbeit.

Das durch assoziative Mischwirkung zustande gekommene Vorstellungsbild kann früheren Wahrnehmungen entsprechen (Beispiel: erstes Reizwort „Apfel", zweites Reizwort „Wein"; Reaktion „Apfelwein") und erscheint dann als bekannt und als Erinnerung; oder es stellt etwas Neues, als wirklich oder doch möglich Gedachtes dar; oder es wird als unwirklich genommen. Von den zahlreichen Gesetzmäßigkeiten, die sich bei diesen Bildungen sonst noch nachweisen lassen, sei nur noch auf die Tendenz zum Wahrnehmungsgemäßen hingewiesen, derzufolge in ein bereits bestehendes Bild neue von späteren Reproduktionstendenzen ge-



lieferte Elemente so eingefügt werden, daß ihre Größe, ihre Lokalisation, ihre Deutlichkeit usf. dem Gesamtbilde entsprechen. Die neuen Elemente erscheinen dabei, falls keine besonderen Gründe dagegen sprechen, an derjenigen Bildstelle, auf die sich der (innere) Blick und die Aufmerksamkeit richten.

Die beschriebenen assoziativen Mischbildungen vollziehen sich entweder plötzlich oder allmählich. Gelingt es einer Vp., nach vollendeter Mischbildung wieder das erste Vorstellungsbild hervorzurufen, so entbehrt dieses häufig diejenigen Teilinhalte, die in die Mischbildung eingegangen waren.

Die Versuche, die auf Feststellung der Grenzen beim Vorstellen des noch nie Wahrgenommenen abzielten, verlangten Änderungen der Größe (Beispiel: „Dein Vater — 50 cm hoch"), der Farbe (Beispiele: „ein hellrotes Meer — mit blauen Wogen"; „eine Blüte — die schwarz ist"), des Gehabens einer Person (Beispiel: „Herr S—, der ganz dünn ist und hintenrum Rad schlägt"), der Form Beispiele: „eine Orange — von der Form einer Birne"; „Lionardo da Vinci — als Kubist", „Venus — im Affenfell"), des Materiales von Objekten (Beispiel: „eine Riesenkanone — aus Kork"), der Bewegung (Beispiel: „ein D-Zug in vollster Geschwindigkeit — der von einem Pferde gezogen wird"), akustische Änderungen (Beispiel: „ein Satz, den Prof. Si. aussprach — von Prof. Sch. ausgesprochen"), Änderungen bei Tastvorstellungen (Beispiele: „der rote Rektoratstalar — dessen Samt sich wie Stecknadeln anfühlt"; „ein Stein — der weich ist"), Änderungen von Geruch und Geschmack (Beispiel: „ein Veilchen — das faulig riecht"), endlich widerspruchsvolle Aufgaben (Beispiele: „eine Lampe — die schwarzes Licht ausstrahlt"; „rotglühendes flüssiges Metall — das eiskalt ist") und Lösungen entsprechend bzw. entgegen bestimmten Einstellungen und Fesselungen.

Von den Ergebnissen dieser Untersuchungen kann nur das Wichtigste mitgeteilt werden. Um eine Gesichtsvorstellung in ihrer ursprünglichen (vorgestellten) Entfernung zu vergrößern oder zu verkleinern, bedarf es oft nur einer starken Konzentration der Aufmerksamkeit. Diese umspannt zunächst die Vorstellung simultan, weitet bzw. verengert sich dann allmählich oder plötzlich; sie richtet sich dabei weniger auf die Einzelheiten als auf die Ausdehnung des Gesichtsbildes; u. U. wird zunächst nur ein Teil des Vorstellungsbildes, dann erst sein Rest in der Größe verändert; dient bei der Größenänderung ein zweites Vorstellungsbild als Vergleichsgegenstand (Aufgabe: „ein Hund in 50 cm Entfernung — der jetzt so groß werden soll wie eine Maus"), so werden die Objekte neben-, über- oder untereinander erblickt. Überschaubarkeit und Tendenz zum Wahrnehmungsgemäßen setzen für solche Änderungen Grenzen. Namentlich werden kleine Unstimmigkeiten und Lücken an Phantasiebildern durch Konzentration der Aufmerksamkeit ausgeglichen. So wurde die Aufgabe: „eine Ziege — mit Eselskopf" durch die Vorstellung eines Zwitters gelöst, bei dem nach Art gewisser Bonbonnièren der Kopf eines Esels durch ein Papperohr in einen Ziegenrumpf gesteckt war; zuerst war noch ein Stück des Papprohres sichtbar und mußte durch Aufmerksamkeitskonzentration erst völlig „hineingedrückt" werden. **Assoziative Mischwirkung spielt bei solchen Aufgaben in allen jenen Fällen nicht mit, wo der Vp. aus ihrer früheren Erfahrung Gegenstände, die der von der Aufgabe**



verlangten Änderung entsprechen, geläufig sind. Das Zustandekommen der verlangten Änderung der ursprünglichen Vorstellung „geht natürlich auf eine entsprechende Richtungsvorstellung zurück", indem die Vp. „die übernommene Aufgabe in diesem Sinne umformt". Bei schwierigen Aufgaben stellen sich leicht Ersatzvorstellungen ein (z. B. bei der Aufgabe: „Dein Vater — 50 cm hoch" ein metallener Zwerg, wie ihn die Vp. häufig gesehen hatte). Sie entstehen niemals aus assoziativer Mischwirkung, sondern sind getreue Reproduktionen früherer Wahrnehmungen. Das endgültige Bild dagegen (Vater in der Größe des Zwerges) kommt stets durch Mischwirkung zustande. Auch mehrere, von getrennten Aufgabenteilen ausgehende Reproduktionstendenzen können auf die Erweckung eines Bildes gerichtet sein, also ohne assoziative Mischbildung zusammenwirken. „Die Aufgabe im Verein mit der kontrollierenden Aufmerksamkeit fördern solche Tendenzen, welche auf das gewünschte Ziel genau oder ungefähr gerichtet sind", andere werden verworfen, die dem Ziel am nächsten kommenden gefördert. Dabei ist von Belang, „welchen Teil oder welches Moment der Aufgabe die Vp. für wesentlicher ansieht und mit der Aufmerksamkeit stärker bedenkt". Ersatzvorstellungen können willkürlich erzeugte Ausgangsvorstellungen sein, können auf ihre Eignung „durchprobiert" werden, werden durch assoziative Mischwirkung in der Richtung auf das geforderte Ziel verändert.

Mit den genannten Mitteln werden die verlangten willkürlichen Vorstellungsänderungen im allgemeinen erreicht. In allen Fällen, wo es keine zwei Vorstellungen gibt, die alle Einzelheiten der Aufgabe vereinigen, oder wo solche Vorstellungen nicht zur Verfügung stehen, müssen nacheinander mehrere Mischbildungen vollzogen werden. Eine Vp. fand bei der Aufgabe, sich „einen von Prof. Si. gesprochenen Satz als von Prof. Sch. gesprochen vorzustellen", eine Grenze. „Das Klangbild bildet zusammen mit dem visuellen Vorstellungsbild einen festen Komplex, aus dem es sich nicht herauslösen läßt." Eine sachliche Grenze wird nur durch in sich widerspruchsvolle Aufgaben gesetzt, wobei aber die Logik und Erfahrung hinter der Auffassung der Vp. zurücktreten. Die Vorstellung „ein Stein, der weich ist" gelang, die Vorstellung des Mönches von Heisterbach wurde trotz des Wissens um die Sterblichkeit der Menschen erreicht, indem sein Leib schemenhaft erschien. Aufgaben, die der Logik und Erfahrung widersprechen, finden doch eine Lösung, wenn die Phantasie Zeit und Mittel findet, die Widersprüche zu umgehen.

Einstellungen, die der erste Teil der Aufgabe erzeugt hat, wirken bei der endgültigen Lösung nach; sie vermögen dabei zu fördern oder zu hemmen. Individuelle Gebundenheiten — z. B. durch Mangel der Fähigkeit, sich örtlich zu orientieren, machen sich geltend. Eine Vp. *Hennings* zeigte eine visuelle Gebundenheit an eine Taunusgegend, wodurch die Beweglichkeit der Phantasie etwas beeinträchtigt schien. Auch Fesselungen durch gerade erregte Vorstellungsbilder kommen vor und hindern die reproduktive Weiterbildung. Man wird gerade hier sich der Beispiele auf pathologischem Gebiet zu erinnern haben, die auch zumeist das Unlustvolle solcher Hemmungen und den Kampf der verschiedenen Tendenzen gut illustrieren (manche Zwangserscheinungen; der Ref.). Auf normalem Gebiet entstehen Fesselungen durch Vorstellungen u. U. durch bestimmte Einstellungen.



z. B. bei der Aufgabe „eine Bohnenstaude — an der Weintrauben hängen" durch die Einstellung auf die Reproduktion wirklicher Gegenstände. „Mit der Hilfe „es handelt sich nur um ein Phantasiebild!" ist der Bann gebrochen." Eine Gebundenheit einseitig visueller Vorstellungstypen, wie sie *Galton* angenommen hatte, ließ sich in *Hennings* Versuchen nicht nachweisen, solange solche Vpn. sich völlig ungezwungen verhielten bzw. sobald sie sich taktische Kunstgriffe angeeignet hatten. Auf dem Zwischengebiet fanden sie eher als andere Vpn. ihre Grenzen, und zwar durch eine Tendenz zur übergroßen Deutlichkeit aller Vorstellungen — entsprechend der gewohnten großen Deutlichkeit der Gesichtsbilder. Weniger deutliche Vorstellungen werden abgewiesen, ihre Reproduktionstendenzen jedenfalls nicht gefördert. Die ganz deutlichen Bilder aber setzen verdrängenden Tendenzen durch festeren Zusammenhalt ihrer Teile größere Hindernisse entgegen. Das besonders deutliche Bild wird naturgemäß auch von der Aufmerksamkeit besondere festgehalten. Der stark Visuelle ist auch mehr, als es der Leistung der Phantasie förderlich ist, auf die Reproduktion wirklicher — schon wahrgenommener — Dinge eingestellt. Analoges gilt natürlich von akustisch-motorischen und von anderen Typen.

Weder die in den Protokollen zu *Hennings* Arbeit niedergelegten Selbstbeobachtungen der Vp., noch die von *Henning* diesen psychischen Tatbeständen gegebene Deutung, sondern die in der Einleitung zur besprochenen Arbeit ausgesprochene Behauptung, daß im Streit um die Assoziationspsychologie die Göttinger Schule über die *Külpe*sche den endgültigen Sieg davongetragen habe, hat nun *Karl Bühler* (12) veranlaßt, gegen diese Auffassung Verwahrung einzulegen. Er hat dabei insbesondere darauf hingewiesen, daß auch nach dem Erscheinen von *G. E. Müllers* Buch (1. u. 3. Band, 1913), das den Sieg der Assoziationspsychologie entschieden haben soll, *Otto Selz* (Die Gesetze des geordneten Denkverlaufs, 1. Teil 1913), *J. Lindworsky* (Das schlußfolgernde Denken, 1916), er selbst (Die geistige Entwicklung des Kindes, 1918) dargetan hätten, daß die Assoziationspsychologie die Denkpsychologie nicht restlos zu erhellen vermöge, daß vielmehr, wie *W. Stern* (79) in seiner Besprechung des genannten *Bühler*schen Werkes sich ausdrückt, „ein apriorisches Moment, d. h. die Fähigkeit, gewisse Denkkategorien an die primitive Erfahrung heranzutragen", zur Erklärung herangezogen werden müsse. Aus welchen Tatsachen das Recht bzw. die Notwendigkeit abgeleitet werden kann, ein solches aktives Moment anzunehmen, und wie die Rolle desselben im Denkverlauf sich auswirkt, führt *Bühler* nicht aus. Er verweist nur auf die Theorie der „Wissensaktualisierung" und auf die „Komplextheorie" im Buche von *Selz*, läßt aber, wie *Henning* ihm wohl nicht ohne Recht entgegenhält (34), auch hier alles Nähere im Dunkel. Auch mit dem Hinweise au die „biologischen Perspektiven", die sich aus den Kinderstudien und aus *Köhlers* Beobachtungen über die Intelligenz der Schimpansen für das Verständnis der Denkvorgänge ergeben sollen, ist solange wenig anzufangen, wie bestimmte Schlußfolgerungen nicht zur Diskussion gestellt werden. Am Schluß seiner Ausführungen spricht *Bühler* es aus, daß er nunmehr den Kampf zwischen der Göttinger und der Würzburger (*Külpe*schen) Schule erwarte. Durch ihn werden wohl die vorerst nur angedeuteten Funktionen, die



neben bzw. über dem Assoziationsmäßigen „den Kern des psychischen Lebens ausmachen" sollen, klar und deutlich genannt werden müssen.

Hennings Antwort auf *Bühlers* Ausführungen, in der wir den nächsten Schritt zu den zu erwartenden Auseinandersetzungen sehen dürfen, ist leider gleichfalls noch recht allgemein gehalten. Immerhin erfahren wir, daß die Göttinger Schule in erster Linie die Annahme der „determinierenden Tendenzen" bekämpft, daß sie die Ansicht, „daß sich nicht alles Bewußtsein assoziativ aufbauen lasse", teilt, und daß sie gerade die „Komplextheorie", die *Bühler Selz* zuschreibt und die er offenbar für einen mit der Assoziationspsychologie unvereinbaren Zusammenhang von Tatsachen hält, als einen alten, von keinem anderen als von *G. E. Müller* selbst vor einem Menschenalter begründeten und seitdem vorgetragenen Bestandteil ihrer Lehre in Anspruch nimmt. Gleiches gelte von dem, was über die „Gestalten" bekannt geworden sei, besonders die von *Witasek* und *Auguste Fischer* mitgeteilten hierhergehörigen Tatsachen sowie die von *Köhler* bei Tieren angenommene „optische Gestaltauffassung". *Henning* schließt mit der Aufforderung, die *Külpe*-Schule möge einmal klar aussprechen, worin sie mit der Assoziationspsychologie übereinstimmt, und welche abweichenden Aufstellungen sie auch heute noch festhält.

Wesentlich konkreter und deshalb für den, der sich über den Streit beider Schulen seine eigenen Gedanken machen will, wichtiger sind die Äußerungen, die *G. E. Müller* selbst im Literaturbericht des Bd. 82, Heft 1 u. 2 d. Ztschr. f. Psych. zu *Selz*' Buch „Über die Gesetze des geordneten Denkverlaufs" gemacht hat. Die *Selz*schen Anschauungen lassen sich in aller Kürze folgendermaßen zusammenfassen: Aufgaben, auf ein Reizwort mit einem Worte zu antworten, das eine Unter-, Über-, Nebenordnung, eine Definition, Beschreibung, Folge u. dgl. ausdrückt, werden, auch wenn das Verständnis von Reizwort und Aufgabe „unvermittelt", d. h. ohne „Zwischenerlebnis", sich einstellt, nicht auf Grund einer einfachen Assoziation, sondern durch „Wissensaktualisierung" gelöst. So liege z. B. der Reaktion „Strafe", die auf die Aufgabe „Schuld — Folge" zustande komme, das Wissen zugrunde, daß zu Schuld als mögliche Folge die Strafe gehöre. Dabei ist zu beachten, daß Assoziationen zwischen Komplexen nicht Verknüpfungen ihrer Elemente, sondern der Komplexe als Ganzes sind. Also bilden die dem Wissen von solchen Komplexen entsprechenden Gedächtnisdispositionen eine verhältnismäßig fest gefügte Einheit. Diese ihre einheitliche Natur bestimmt ihre Rolle bei der Vorstellungsreproduktion. Es zeigt sich das insbesondere bei der Komplexergänzung. Die Wissensdispositionen sind einheitliche Komplexdispositionen und unterliegen deshalb den Gesetzen der Komplexergänzung. Da Reizwort und Aufgabenwort nicht einfach nebeneinander hergehende Reproduktionstendenzen auslösen, sondern von der Vp. als Aufgabe verstanden werden, entsteht in der Vp. ein einheitliches Zielbewußtsein, und das das gesuchte Glied einschließende Sachverhältnis wird antizipiert. Da u. U. eine zunächst aufgetauchte Lösung von der Vp. verworfen wird, stellt *Selz* ein „Gesetz der Berichtigung" auf.

Wesentlich für die Auffassung von *Selz* ist, daß er zur Erklärung des Vorganges, durch den eine Zielvorstellung die Lösung einer verlangten Denkaufgabe herbeiführt, neben der Komplexergänzung in weitem Umfange die Lehre von



besonderen determinierenden Tendenzen herbeizieht, deren Rolle nicht nach den Reproduktionsgesetzen verstanden werden könne.

In einem Anhange setzt sich *Selz* mit Bemerkungen auseinander, die *G. E. Müller* in seinem 1913 erschienenen Werke über die willkürliche Beeinflussung des Denkverlaufes gemacht hat, und betont dabei die Bedeutung der Komplexergänzung.

All diesen Ausführungen gegenüber betont *Müller*: 1. daß er bei Wiederholung einiger der mitgeteilten Versuche festgestellt hat, „daß das Reizwort ganz aus eigener Kraft ein seiner Bedeutung entsprechendes visuelles Bild erweckt, das als Ganzes oder von dem ein Teil sofort als ein der Aufgabe entsprechender Gegenstand apperzipiert wird"; 2. daß die Komplextheorie „nichts anderes ist als ein ... mehr als drei Dezennien alter Bestandteil der von mir vertretenen Reproduktionslehre". Der Kern der Frage sei, ob die Rolle der Zielvorstellungen auf die Reproduktionsgesetze zurückzuführen sei, und diese Frage sei nach den Ausführungen von *Selz* selbst zu bejahen; denn nach ihnen erwecke das Zielbewußtsein die zur Erreichung des Zieles dienlichen intellektuellen Operationen nach den Gesetzen der Komplexergänzung; 3. die Lehre von der Wissensaktualisierung, die auf Komplexergänzung beruhe und also nach den Reproduktionsgesetzen erfolge, sei mit der von den determinierenden Tendenzen unvereinbar; denn nach letzterer soll ja eine Zielvorstellung die dienlichen Operationen nicht nach den Reproduktionsgesetzen herbeiführen. Dabei kommt noch eine Reihe recht bedeutungsvoller Gegensätze in der Auffassung gewisser seelischer Erscheinungen zur Sprache. So sieht *Müller* in dem Falle, wo eine Vp. sich einen Gegenstand in einer Farbe vorstellt, in der sie ihn noch nie gesehen, eine teilinhaltliche assoziative Mischwirkung, der die auf Vorstellung des Gegenstandes und die auf Vorstellung einer Fläche von ansprechender Farbe gerichtete Reproduktionstendenz zugrunde liegen. Nach *Selz* dagegen leite die Absicht, eine entsprechende Vorstellung zu bilden, einen Kombinationsprozeß ein, der die gewünschte Wirkung habe, man weiß nicht wie. Die Wirksamkeit einer Erinnerungsintention will *Müller* nur in jenen Fällen auf eine Tendenz zur Reproduktion eines Komplexes zurückgeführt wissen, in denen in unmittelbarem Anschluß an die Vergegenwärtigung eines Teiles des gesuchten Zusammenhanges die lückenhafte oder undeutliche Vorstellung des zu findenden Teiles auftaucht; in den anderen Fällen handle es sich um das Zusammenwirken zweier Reproduktionstendenzen, die von der Ausgangsvorstellung und von der Richtungsvorstellung ausgehen. Am Schlusse seiner Kritik wendet sich *Müller* noch gegen die Beweiskraft der Aussagen von Vpn., die von Erinnerungen berichten, die keine Vorstellungen seien. Es empfiehlt sich, die im Gang befindlichen Auseinandersetzungen lediglich so sachlich wie möglich zu verzeichnen, da weitere Gründe und Gegengründe ja von den Beteiligten selbst werden beigebracht werden müssen. Es muß aber festgestellt werden, daß bis jetzt keine der beiden Schulen ihren Standpunkt durch eine klare Darlegung über den Begriff der Assoziation zu begründen versucht, und daß es demzufolge die Göttinger Schule bis jetzt unterlassen hat, zu sagen, warum sie ihren Standpunkt als den der Asso-

ziationspsychologie bezeichnet, obwohl sie selbst neben den Assoziations- und Reproduktionsgesetzen eine ganze Reihe höchst wichtiger seelischer Vorgänge zur Erklärung der Bewußtseinstatsachen annimmt, darunter auch solche, die im allgemeinen und vermutlich auch von ihr selbst zu den Funktionen gerechnet werden.

Über den „Begriff der Assoziation und seine Grenzen" hat sich vorläufig nur *A. A. Grünbaum* gefragt. Der Ausfall der Antwort auf diese Frage dürfte dem Kern des ganzen Problems, um das der Streit sich dreht, recht nahestehen. *Grünbaum* gehört zwar mit zu den Forschern, die nach *Henning* gegen die Assoziationspsychologie Stellung genommen, „ohne die klassische Assoziationslehre auch nur der geeigneten Belastungsprobe unterzogen zu haben", aber mit dem sich erhebendem Kampf der Anhänger und Gegner der Göttinger und Würzburger Schule stehen seine Studien über den „Begriff der Assoziation und ihre Grenzen" in keinem unmittelbaren, äußerlich erkennbaren Zusammenhang. Sie stellen vielmehr das 1. Kapitel einer Arbeit über „Assoziation und Beziehungsbewußtsein (Versuch einer psychophysiologischen Theorie der Reproduktion)" dar, die als III. Abschnitt der „Untersuchungen über die Funktionen des Denkens und des Gedächtnisses" erschienen ist (30). Die drei weiteren Kapitel dieser Arbeit („Psychophysiologische Ergänzung der Assoziationslehre", „Physiologische Korrelate der Beziehungsakte" und „Psychophysiologischer Zusammenhang zwischen dem Beziehungsakt und der Assoziation"), die viel Geistreiches, aber auch viel Hypothetisches enthalten, interessieren uns an dieser Stelle natürlich weniger.

Michotte und *Rausy* z. B. nehmen an, daß das Beziehungsbewußtsein durch ein Reizwort wie eine inhaltliche Vorstellung durch Assoziation mit einer anderen zum Bewußtsein komme, andererseits aber selbst eine assoziative Wirkung ausüben könne. *Grünbaum* legt sich nun die Frage vor: „Welchen greifbaren Sinn kann innerhalb der Reproduktionstheorie die Behauptung besitzen, daß das Beziehungsbewußtsein als assoziatives Zwischenglied dient?" Welchen Sinn muß man der Assoziation geben, damit nicht das Wort Verschiedenheiten verdeckt, in denen das eigentliche Problem enthalten ist? Mit so allgemeinen Bestimmungen wie der, daß die Assoziation eine Verbindung zwischen elementaren Prozessen jeder Art sei, sei nicht viel anzufangen. In der Technik der Assoziations- und Gedächtnisversuche finden wir einen ganz engen Assoziationsbegriff widergespiegelt: „Die Elemente werden aus selbständigen Inhalten gebildet, die Verbindung durch Kontinuität hergestellt."

Grünbaum sucht nun die Bedeutungen des Assoziationsbegriffes innerhalb seiner historischen Entwicklung auf. Er findet dabei, daß für die Aufstellung und Entwicklung des Begriffes nicht bestimmte psychologische Erfahrungen, sondern erkenntnistheoretische Gesichtspunkte maßgebend waren, die Einführung und Anwendung des Assoziationsbegriffes verlangten, weil er sich einer ganz bestimmten Ansicht über die Struktur des psychischen Materiales und der psychischen Verbindungen fügt. „Es sind inhaltlich abgegrenzte Gebilde, die in eine unmittelbare Beziehung zu der physikalischen Gegenstandswelt



gesetzt werden können. Die Verbindung zwischen den psychischen Elementen entspricht auch der Ordnung der Objekte." Dabei ist der Primat der physikalischen Kategorie von *Hobbes*, *Locke* und *Hume* bis auf *John Stuart Mill* und *William James* deutlich. Inhaltlicher Natur sind natürlich nicht nur die Elemente der assoziativen Verbindungen, sondern auch die komplexen Erscheinungen, die aus den Elementen durch eine Art von Synthese gebildet und nie primär sind. Die Bedingungen der Komplexbildung sind aus dem Realitätscharakter der Elemente ableitbar. Nur dann kann von einer Assoziation gesprochen werden, nachdem die objektiven Grundlagen dafür tatsächlich verwirklicht worden sind. Diese sind z. B. im Falle einer Ähnlichkeitsassoziation „als eine gegenständliche Qualität der psychischen Inhalte und nicht als Bewußtsein dieser Beziehung zu denken".

Aber alle Versuche, die psychische Wirklichkeit durch Assoziation zu erklären, sind zu weiteren Annahmen und Begründungen genötigt. Hinter dem Assoziationsvorgang erscheinen die materiellen Vorgänge in der erregbaren Substanz des Nervensystemes einerseits, eine Anzahl rein psychologischer Bestimmungen allgemeiner Art andererseits. Schon bei den Gedächtniserscheinungen ist der Sachverhalt durch das, was die Reproduktionsgesetze erklären, nicht erschöpft, es kommt die Tatsache hinzu, daß die erinnerten Inhalte „mir" gegeben sind. Die „psychische Kontinuität" und das „Ich" sind weitere Erscheinungen, die auch der Assoziationspsychologe bei der Beschreibung seelischer Tatbestände nicht entbehren, als Ergebnis einer Assoziationsmechanik aber nicht verständlich machen kann. Ein Assoziationspsychologe wie *Alexander Bain* muß das Prinzip der assoziativen Mechanik durch die Annahme von drei primären Funktionen des Geistes, der Unterscheidung, der Assimilation und des Behaltens, durchbrechen, da aus dem Assoziationsprinzip psychologische Kategorien überhaupt nicht entwickelt werden können. Ebenso muß *G. E. Müller* verfahren. Er rechnet zu den Gesetzen der Vorstellungsreproduktion ausdrücklich die Enge des Bewußtseins, seine Unbeständigkeit im Hinblick auf die einzelne Vorstellung und den Einfluß der inneren Aufmerksamkeit auf das Auftreten und Deutlichwerden der Vorstellungen hinzu und betont durch diese Bestimmungen gerade dasjenige am Reproduktionsverlauf, was durch Assoziationsmechanismen nicht erklärt werden kann.

Von diesen Ergänzungen der Assoziationspsychologie dürfte die Rolle, die die innere Aufmerksamkeit als ein bewußtes Gerichtetsein auf einen noch nicht reproduzierten Inhalt oder als ein bewußtes Wählen zwischen verschiedenen schon erinnerten Inhalten spielt, am meisten einer Anerkennung gleichzuachten sein, daß die reine Assoziationslehre zur Erklärung der Erscheinungen des Gedächtnisses und des Denkens unfähig ist. Man kann versuchen, sich dieser Konsequenz zu entziehen, indem man die Aufmerksamkeit einfach auf eine Steigerung der Intensität der Vorstellungen zurückzuführen sucht. *G. E. Müller* dagegen nimmt an, daß sie als selbständiges Glied in den Assoziationsmechanismus eintrete, er läßt sie in Assoziation treten mit der Vorstellung der Reizsilbe und spricht von einer „Assoziation zwischen dem Erscheinen einer Silbe und einem Verhalten der inneren Aufmerksamkeit". Aber in dieser Art als ein Glied der Assoziationskette




kann die Aufmerksamkeit nur dann angesehen werden, wenn man ihr die formelle Struktur eines Inhaltes zuschreibt. Daß das phänomenologische Schwierigkeiten bereitet, ist *Grünbaum* unbedingt zuzugeben. Dazu komme, daß das physiologische Korrelat der Aufmerksamkeit nicht wie das abgegrenzter Inhalte in einer mehr oder minder räumlich begrenzten Zellerregung bestehe, die sich auf nervösen Bahnen auf andere Zentren übertragen könne, deren Erregung wiederum das Korrelat bestimmter Inhalte bilde. Diese anatomisch-physiologische Grundlage gelte auch für die reziproke Reproduktion. Einem derartig umschriebenen Erregungszustand von Gehirnzellen entspreche der psychische Zustand der inneren Aufmerksamkeit jedenfalls nicht. Aus seinem abweichenden physiologischen Charakter müsse daher ebenso wie aus seiner psychologischen Eigenart geschlossen werden, daß er sich nicht wie ein abgegrenzter Inhalt assoziiere.

Dazu kommt als vielleicht wichtigster Einwand gegen die Assoziationslehre als allein ausreichendes psychologisches Prinzip der Umstand, daß die Inhalte, die der assoziativen Verbindung fähig sind, in der unmittelbaren Erfahrung gar keine primäre Selbständigkeit, welche der Selbständigkeit des raumzeitlich Geordneten entspräche, besitzen. Die innere Erfahrung zeigt nur immer eine fertige, natürliche Einheit, aus der erst die psychologische Bearbeitung die abgegrenzten Inhalte als Elemente herausanalysiert. Da diese Einheit eine Tatsache ist, braucht sie nicht, wie es sich für die Assoziationspsychologie als notwendige Folge ihrer naturwissenschaftlichen Orientierung ergibt, erst durch Synthese aus Elementen aufgebaut zu werden. „Das eigentliche Problem liegt vielmehr in der Möglichkeit der relativen Absonderung der Einzelinhalte."

Die Frage, ob das Psychische und im besonderen die Vorstellungen in abgegrenzten Rindenfeldern als lokalisiert zu denken sind, ist seit langer Zeit viel umstritten. In letzter Zeit hat *v. Monakow* sich ebenso bestimmt dagegen, wie *Lewandowsky* dafür ausgesprochen. Der letztere glaubte seine Auffassung insbesondere durch folgenden Fall belegen zu können: „Ein 50jähriger Mann ... erleidet eine ohne Bewußtseinsverlust einhergehende (sehr wahrscheinlich auf einer Embolie beruhende) Apoplexie. Nach dem Abklingen einer sensorischen Aphasie, nachdem auch eine besonders hartnäckige subkortikale Alexie fast geschwunden ist, stellt sich ein eigentümliches Symptomenbild heraus. Der Kranke hat eine homonyme Hemianopsie nach rechts. Das Unterscheidungsvermögen für Farben ist, mit den schärfsten vorhandenen Methoden untersucht (sc. für die rechten Netzhaut-, d. i. linken Gesichtsfeldhälften), völlig intakt. Dagegen ist der Kranke nicht imstande, ihm gezeigte Farben zu benennen oder ihm benannte zu zeigen. Er ist nicht imstande, die Farben ihm geläufiger Gegenstände sprachlich anzugeben. Er ist ebensowenig fähig, diese Farben aus einer Auswahl ihm vorgelegter herauszusuchen, trotzdem er angibt, genau zu wissen, was die Gegenstände sind, trotzdem er auf Abbildungen die Gegenstände erkennt, trotzdem er sie zum Teil selbst zeichnen kann. Der Kranke blieb 9 Monate lang unter Beobachtung. Es trat eine geringe Rückbildung der Störung ein, besonders die sprachliche Angabe der Farbe geläufiger Gegenstände wurde besser." Farbenblindheit und Seelen-



blindheit fehlten. Der Gedanke, daß es sich allein um Sprachstörung handeln könne, wird mit dem Hinweise abgelehnt, daß eine solche das Unvermögen des Kranken aus einer Reihe ihm vorgelegter Farben die eines ihm bekannten Gegenstandes herauszusuchen (Blatt, Blut, Himmel usw.), nicht erkläre. Dabei werde der sprachliche Ausdruck für die Farbe gar nicht gebraucht; es komme nur darauf an, sich die dem Blatt, Himmel usw. zugehörige Farbe sinnlich vorzustellen und dann mit dem Finger zu bezeichnen. *L.* zieht den Schluß, daß „eine Abspaltung des Farbensinns bzw. der Vorstellung der Farbe von der Vorstellung der Form, der Gestalt der Gegenstände bestand".

Diesen Fall nimmt *Berze* zum Ausgangspunkt für seine eindringenden und wichtigen Auseinandersetzungen (2).

Er stimmt *L.* darin zu, „daß der Kranke ... nicht mehr recht wußte, was Farbe ist, nicht nur nicht mehr den Begriff der einzelnen Farbe, sondern auch den Begriff der Farbe überhaupt nicht mehr deutlich hatte". Der Begriff der Farbe hängt aber nach *L.*s Aufassung an ihrer Assoziation mit den (anderen) Vorstellungen der Gegenstände. Die psychologische Beobachtung aber ergibt, daß wir nie reine Farbenvorstellungen, reine Formvorstellungen usw. haben, sondern stets irgendwie begrenztes Räumliches vorstellen, das eine gewisse Farbe hat. Die (optischen) Vorstellungen sind nicht durch einfache Assoziation aus selbständigen (Form- und Farben-) Impressionen aufgebaut. Der Sinn der Farbe ist nicht, wie *L.* meint, gleichbedeutend mit ihrem Begriff und er hängt nicht an der Assoziation abstrahierter Teilvorstellungen untereinander, sondern „an der Vorstellung der in ihr erscheinenden Gegenstände". Dagegen ist der Begriff einer Farbe der Inbegriff aller Farben derselben Qualität, so verschieden sie nach Helligkeit, Sättigungsgrad usw. sonst sein mögen. Er bildet sich und wird erhalten, indem wir geleitet durch die Erregung der Aufmerksamkeit und unterstützt durch das Wort (Benennung), Farben nach ihrer Qualität ordnen. „Beeinträchtigung der Evokation des Farbnamens" wird daher sehr leicht „auch eine Beeinträchtigung der Evokation des Farbbegriffes im Gefolge" haben. Die Sprachstörung des von *L.* beschriebenen Kranken und ihre Reste gewinnen also für die Erklärung der Störung der Farbenvorstellungen erhöhte Bedeutung.

Farbenblindheit bestand in *Lewandowsky*s Fall nicht. Es gebe aber, wie *Pötzl* und *Poppelreuter* gezeigt haben, Störungen der Farbenauffassung oder Farbenwahrnehmung und solche lassen sich, wie *Berze* glaubt, auch in *L.*s Fall nicht ausschließen: sei es, „daß sich die Farbenqualitäten hinsichtlich Aufmerksamkeitsattraktion nicht gegenüber den anderen Komponenten behaupten konnten" oder daß sich durch eine besondere (habituelle) Einstellung der Aufmerksamkeit „eine Bevorzugung der Helligkeit bw. eine Vernachlässigung der Qualität der Farben beim Wahrnehmungsprozesse ergeben mußte". Die sichergestellte amnestische Aphasie des Kranken und diese vermutete Störung der Farbenwahrnehmung könnten zusammen das gebotene Symptomenbild restlos erklären.



Die Unfähigkeit des Kranken, die Farbe ihm bekannter Gegenstände zu bezeichnen, könne außer in einer Störung der Vorstellungen in einer solchen der Begriffe begründet sein. Über die Aktivierbarkeit der Begriffe im allgemeinen ist von *Lewandowsky* nichts vermerkt. Aber die bestehende amnestische Aphasie kann recht wohl zur Folge gehabt haben, daß mit dem mangelhaft erfolgenden inneren Anklingen des Farbnamens die Aktivierung des auf die spezielle Vorstellung passenden Farbbegriffes nicht gelang. Trifft das zu, so konnte der Kranke die Farbe eines ihm bekannten Gegenstandes nicht angeben, weil er nicht wußte, unter welchem Begriff er die in der Vorstellung des Gegenstandes gegebene Farbe unterzubringen hatte. Dieses Gegebensein der Farbe in der Vorstellung hält *Berze* nicht für gestört. Er erblickt die Bestätigung für seine Anschauung in dem Umstand, daß der Kranke auf kolorierten Abbildungen falsch gewählte Farben (z. B. grüne Pferde) in der Mehrzahl der Fälle verwarf (die Ausnahmen finden später ihre Erklärung), und daß er in der Vorstellung niemals einen Gegenstand farblos sah. Eine Abspaltung der Farbenvorstellungen, nach der reine Formvorstellungen hätten zurückbleiben müssen, lag also gewiß nicht vor. Daß er trotzdem aus einem Haufen ihm vorgelegter Farben als die Farbe von Gras z. B. gelb, als die des Blutes grün heraussuchte u. dgl. m., dürfte sich daraus erklären, daß bei ihm durch eine Überwertigkeit der Helligkeit über die Qualität eine Störung der Farbenwahrnehmung bestand. Diese Eigentümlichkeit erlangt ein besonderes Gewicht, wenn sie sich etwa bei einer Person findet, die infolge „psychischer Farbenschwäche" (*Poppelreuter*) außerstande ist, lebhafte Farbenvorstellungen willkürlich bei sich hervorzurufen, und deren Gegenstandsvorstellungen infolgedessen sehr farbenschwach sind. Übrigens lehnt *Berze* die Annahme ab, daß es sich beim Heraussuchen einer bestimmten Farbe einfach um einen Vergleich der einzelnen Vorstellung eines Gegenstandes (z. B. des Himmels) mit den vorgelegten Proben handle. Vielmehr wecke das Wissen um die Farbe (beispielsweise des Himmels) den entsprechenden Farbbegriff (blau) und „mache dadurch viel mehr von Blau wirksam, als die einzelne Vorstellung des Himmels allein zu erbringen imstande wäre". Dies sei auch einer der Gründe, warum die Lebhaftigkeit der Gesichtsvorstellungen gewöhnlich überschätzt werde. Zu dieser Aktivierung des Farbbegriffes war aber der Kranke *Lewandowskys* infolge seiner amnestischen Aphasie unfähig.

Es ist aber zu betonen, daß außer den bisher dargelegten Störungen im Falle *Lewandowskys* eine Schädigung der (superioren) linken optischen Sphäre vorhanden war. Daraus dürfte eine Schädigung der Farbenwahrnehmung hervorgegangen sein, die gerade die feinere Vorbereitung der Eindrücke zur begrifflichen Erfassung ihrer (Farben-) Qualitäten betroffen hat, während das Farbenunterscheidungsvermögen erhalten blieb. Die Anschauung, daß der mitgeteilte Fall die Abspaltung des Farbensinnes und die Lokalisierbarkeit der Vorstellungen beweise, sei also abzulehnen.

Es gibt nun weiter eine Reihe allgemeiner Gesichtspunkte, nach deren Berücksichtigung auch die anderen Beobachtungen, die diese Lokalisierbarkeit erweisen

len, hinfällig werden. Nach *Monakow* ist genau zu unterscheiden zwischen den)rstellungen selbst und den Vorgängen, durch welche die Vorellungen aktiviert oder zur Ekphorie gebracht werden. Nach der ·t des Anstoßes ist der Vorgang, der eine Vorstellung aktiviert, verschieden; e Weckung kann durch einen Sinneseindruck (z. B. eines Wortes vom „Klangld" oder „Schriftbild" aus) oder von der psychischen Seite her erfolgen. Die organge, die eine Vorstellung von bestimmter Richtung her aktivieren, nd lokalisierbar. Die Vorstellungen selbst sind psychische Geschehnisse, die ner weit ausgedehnten und wechselwirkenden Gehirntätigkeit entsprechen und e stets einem Ich angehören. Herderkrankungen bringen Vorstellungen icht zum völligen Erlöschen, sondern sie setzen die Schwierigkeit, . U. Unmöglichkeit, daß bestimmte Vorstellungen von bestimmter eite her erweckt werden (keine Gedächtnis-, sondern Erinnerungsstörung). 3eim Rindenblinden z. B. erwecken Retinareize keine Gesichtsbilder mehr, er kann ber noch optische Vorstellungen und Halluzinationen haben. Aphasische haben Vortbilder und Sätze nicht verloren, aber sie können ihren Besitz — meistens von)estimmten Richtungen, dem Klangbild, dem Schriftbild oder der seelischen Seite ıer — nicht mehr aktivieren. Wenn der Hauptweg zur Aktivierung von Vorstellungen, d. h. der vom entsprechenden Sinnesfelde her, verlegt ist, liegt eine Verwechslung einer Schädigung der Aktivierung mit einem Verluste der Vorstellungen selbst besonders nahe. Eine solche Absperrung frischer Sinneseindrücke wird ja bald auch ein Abblassen der entsprechenden Erinnerungsvorstellungen nach sich ziehen.

Daß diese Erinnerungsvorstellungen einfach eine Reproduktion von Wahrnehmungen seien, wie vielfach angenommen wird, ist unrichtig; ebenso die Anschauung, daß Wahrnehmungen ein Komplex von Empfindungen sind. Tatsächlich wird uns in jeder Wahrnehmung zweierlei bewußt: ein Sinneseindruck und ein Gegenstand. Ersterer, als Empfindungskomplex, ist das Werk äußerer Reize, deren Qualität, Intensität, Ausdehnung usw. ihm daher anhaften; letzterer ist das Ergebnis unserer — unseres Ichs — Tätigkeit, das im Empfindungskomplex, der ihm widerfährt, den Gegenstand denkt oder vorstellt. Die Wahrnehmungsvorstellung entspricht normalerweise dem Sinneseindruck (im Gegensatz zur Illusion), dessen Unterschiede sie widerspiegelt, aber der Empfindungskomplex ist nur ein wesentlicher Bestandteil der Wahrnehmung als Ganzes. Er allein ist lokalisierbar, das eigentlich Psychische an der Wahrnehmung, die Wahrnehmungsvorstellung, nicht. Die reine Vorstellung aber ist eine Reproduktion dieses nicht lokalisierbaren Psychischen an der Wahrnehmung allein. Es ist also falsch, von der Lokalisierbarkeit der Wahrnehmungen auf die der Vorstellungen zu schließen. Bei der sinnlich lebhaften Vorstellung dagegen komme es durch die Reperzeption wiederum zu einer Erregung der Sinnesfelder wie bei der Wahrnehmung. Folglich müssen „zugleich mit den Wahrnehmungsstörungen, welche auf einer pathologischen Hypo- oder auch Dysfunktion der kortikalen Sinnesfelder beruhen, auch analoge Störungen des Vorstellungslebens zu beobachten sein". *Lewandowskys* Kranker

litt an einer auf eine Perzeptionsstörung zurückzuführenden Störung der Farbenwahrnehmung. Andererseits fanden sich bei ihm auch Störungen der Farbenkomponenten der Vorstellungen und der Bildung oder Aktivierung der Farbenbegriffe. Er brachte es zu keiner Lebhaftigkeit der Farbenvorstellung, d. h. es fehlte seinen Gesichtsvorstellungen gerade jenes Moment, das nach *Berze* auf den Vorgang der Reperzeption zurückzuführen ist. Er glich darin gewissen „nicht optischen Typen". Dieser Mangel an lebhaften Farbenvorstellungen muß es auch mit sich gebracht haben, daß die bestehende amnestische Aphasie besonders leicht die Aktivierung der Farbenbegriffe beeinträchtigen konnte. Wie es Menschen gibt, bei denen infolge persönlicher, angeborener Eigenart das Wissen von einer Farbe in der Vorstellung (= reine Farbenvorstellung) nicht genügt, um ihnen den Farbnamen einfallen zu lassen, bei denen hierzu vielmehr nur eine lebhafte Farbenvorstellung imstande ist, so war dies bei dem Kranken der Fall infolge seiner amnestischen Aphasie.

Die Reperzeption geht von der psychsichen, reinen Vorstellung aus. Da sie zu einer Erregung der Sinneszentren führt, bringt sie eine Annäherung der Vorstellungen („der vorgestellten Sinnlichkeit") an die Wahrnehmungen („die wahrgenommene Sinnlichkeit") zustande. Wie in den letzteren diese Erregung noch nicht psychischer Tätigkeit entspricht, so entspricht sie einer solchen bei ersteren nicht mehr. In scharfsinnigen, aber ungemein weitläufigen Ausführungen sucht *Berze* nun den Nachweis zu führen, daß die Halluzinationen im hemianopischen Gesichtsfelde und das Auftreten vollständiger Halluzinationen bei Hemianopischen mit seiner Auffassung von der Reperzeption in Einklang gebracht werden können. Eine eingehende Wiedergabe dieser Darlegungen würde zu weit abseits führen. Jedenfalls zeigen sie, daß die Erscheinungen, die *Berze* auf Reperzeption zurückführt (sinnlich lebhafte Vorstellungen, Halluzinationen), auch bei Personen, die ein geschädigtes Sinnesfeld haben, nicht unbedingt anders erklärt werden müssen. Und zwar vermutet *Berze* in solchen Fällen, daß die (rezeptorische) Erregung der entsprechenden kinästhetischen Felder (an Stelle der sensorischen und kinästhetischen) ausreiche, um sinnlich lebhafte, ja sogar „leibhafte" Vorstellungen zu erzeugen.

Diese Anschauungen gewinnen eine besondere Bedeutung für die Deutung der Aphasien. Die Lehre von den „Sprachzentren" hat es ja mit Erscheinungen zu tun, die ganz besonders dafür zu sprechen scheinen, daß Vorstellungen (Wort-Porstellungen) lokalisiert seien. Indem im sensorischen Sprachzentrum akustische verzeptionen zu Worten zusammengefaßt, im motorischen Worte in die zur richtigen Aussprache erforderlichen Teilintentionen zerlegt werden, vermitteln diese Zentren zwischen Bewußtsein und Außenwelt. Nicht Vorstellungen, sondern Residuen von Vorgängen sind in ihnen lokalisiert. Damit steht es im Einklang, daß Störungen der „inneren Sprache" keineswegs den Besitz von Wortbildern und Sätzen vernichten. Davon betroffene Kranke wissen, daß sie falsch operieren, obwohl ihnen die richtigen Bestandteile „auf der Zunge liegen"; sie erkennen Worte, die man ihnen nennt, als falsch oder richtig; aber sie können ihren Besitz an Wortbildern nicht mehr aktivieren. Das reine



Wortklangbild ist ihnen eben geblieben. Nur die lebhaften akustischen Vorstellungen, die durch Miterregung des sensorischen Sprachzentrums im Schläfenlappen durch Reperzeption entstehen, können von ihnen nicht mehr erzeugt werden. Die Folge sind paraphasische Störungen, die nur vielleicht bei „motorischen Typen" ausbleiben. Auch bei jeder anderen Form von Aphasie, wo es so aussieht, als seien Vorstellungen ausgefallen, handelt es sich bei genauem Zusehen darum, daß die reinen Wortvorstellungen erhalten, wegen Läsion eines Sinnesgebietes aber nicht mehr mit den sinnlichen Residuen einer bestimmten Art zu lebhaften Wortvorstellungen ausgebildet werden können. Die häufig wiederholte Erfahrung, daß bei Aphasien gewisse Vorstellungen nur abblassen, erklärt sich so zwanglos; ihretwegen braucht nicht eine „Unvollkommenheit der Läsion" angenommen zu werden.

Mit den Herderkrankungen, auf die die Aphasien bezogen werden, ist fast stets eine mehr oder weniger schwere diffuse Rindenerkrankung verbunden. Sie ist es, die es erschwert, das, was durch die Herderkrankung an sinnlicher Lebhaftigkeit gewisser Vorstellungen verloren gegangen ist, durch erhöhte psychische Leistung auszugleichen. Sie bringt es zuwege, daß die Folgen der Herderkrankung auch bei Personen zutage treten, die in gesunden Tagen beim Sprechen mit Vorstellungen von gewöhnlicher Ausbildung ausgekommen sind.

Endlich sind nicht einmal die „Empfindungen" so einfache seelische Vorgänge, daß sie ohne weiteres in den Sinnessphären oder in diesen benachbarten Windungsbezirken lokalisiert werden dürften. Die somatische Gesamterregung dieser Gebiete ist allerdings nur die Summe der Erregungen der einzelnen gereizten Nervenfasern. Der Gesamteindruck aber, der diesem Erregungszustand entspricht, kann durchaus nicht als einfache Zusammenfügung einzelner Sinneseindrücke aufgefaßt werden. Ein Gesamteindruck besteht schon zu einer Zeit und andererseits noch unter Umständen, wo keine Rede davon sein kann, daß sinnliche Einzelheiten gesondert erfaßt werden. M. a. W., die allgemeine Tätigkeit der Seele ist das Erste und Letzte, die Differenzierung das unter gewissen Umständen Hinzukommende; die Empfindung als seelisches Element ist überhaupt nur ein Ergebnis der psychologischen Analyse, das im seelischen Erleben nicht isoliert, sondern immer nur als Bestandteil von Wahrnehmungen vorkommt.

Berze schließt: „Vom Psychischen ist überhaupt nichts, auch der einfachste psychische Vorgang nicht, lokalisiert. Wo das Psychische beginnt (Wahrnehmung), hört das Lokalisierte (Sinnessphären) auf, um auf der anderen Seite erst wieder einzusetzen (motorische Innervationsfelder), wo das Psychische bereits aufgehört hat. Oder mit anderen Worten: Lokalisiert ist nur das Vorpsychische (Sensorische) und das Nachpsychische (Motorische), nicht aber das Psychische selbst."

Indem *Berze* diese Sätze in umfassender und zusammenfassender Weise begründet hat, hat er sich zweifellos ein Verdienst erworben. Durch Ausblicke auf psychologische Tatsachen und zahlreiche feine psychologische Bemerkungen wird seine Arbeit außer bei den Psychopathologen auch bei den Psychologen sich Beachtung erwerben. Leider schreibt *Berze* ein Deutsch, das vielleicht dem Scharf-



sinn, aber gewiß nicht der Klarheit seiner Gedanken angemessen ist. Seine Sätze sind so lang, seine Parenthesen so häufig, sein Periodenbau so verwickelt, daß man eine mühselige grammatikalische Arbeit leisten muß, ehe man zum Sinn des Gedankens vorgedrunden ist. Ich habe an mehreren Abenden die Beschäftigung mit *Berzes* Aufsatz abbrechen müssen, weil ich nicht mehr fähig war, die damit verbundenen sprachlichen Schwierigkeiten zu überwinden. Wenn sich der Verfasser, dem wir für so reiche Belehrung dankbar sein müssen, entschließen könnte, einmal seine stilistischen Neigungen in Zucht zu nehmen, so wäre das Studium seiner Arbeiten ein großer Genuß. Dieser würde gewiß auch dem Verständnis, dem Behalten und der Verbreitung des Inhaltes zugute kommen.

Goldstein und *Gelb* (29) haben 1½ Jahre lang einen 24jährigen Arbeiter beobachtet, der durch einen Minensplitter eine Verletzung am Hinterkopf mit einer Schädigung der seitlichen und mittleren Partien des äußeren Abschnittes des linken Hinterhauptlappens, wahrscheinlich auch des linken Kleinhirnes erlitten hatte. Es entstand eine Störung des optischen Wahrnehmens und Erkennens und ein Verlust aller optischen Erinnerungsbilden; taktiles Erkennen, gewisse Bewegungen und Raumsinn waren in eigenartiger Weise gestört. Zwischen den taktilen Leistungen, den Bewegungen, dem Verhalten des Raumsinnes und den optischen Störungen schien ein psychologisch wichtiges Abhängigkeitsverhältnis zu bestehen, bei dem die optische natürlich die Grundstörung ist. Diese Beziehungen seien ihrer Wichtigkeit halber etwas ausführlicher mitgeteilt.

Bei völlig ruhig gehaltenem Körper und geschlossenen Augen konnte der Kranke Hautreize überhaupt nicht lokalisieren; er konnte nur angeben, daß er berührt worden war.

Ganz anders war das Ergebnis, wenn es dem Kranken erlaubt war, gewisse Bewegungen auszuführen; diese wurden nach der Einwirkung des Reizes zunächst mit allen Körperteilen vorgenommen, dann mehr und mehr auf das untersuchte Glied eingeschränkt und erfolgten schließlich nur noch um die berührte Stelle. „Die Stelle, an der diese Zuckungen vor sich gingen, berührte der Pat. mit dem Finger, indem er sehr rasch „lokalisierte". Voraussetzung für diese Art, zu lokalisieren, war, daß der Reiz solange andauerte, bis die Bewegungen — „Tastzuckungen" — sich auf das berührte Gebiet beschränkt hatten, und daß er relativ stark war.

Der Kranke verhielt sich also bei solchen Prüfungen „ähnlich wie ein unerfahrenes Kind, bei dem sich der automatische Lokalisationsvorgang erst ausbildet". Eine Lokalisationsbewegung unter Kontrolle der Aufmerksamkeit willkürlich ausführen, das konnte er nicht. Auf irritierende Hautreize, die auch der Gesunde durch eine „durch zahllose Wiederholungen wohleingeübte"[1]) Abwehr-

[1]) Vom Ref. gesperrt.

Es scheint mir unrichtig, daß gerade die irritierenden Reize uns so häufig treffen, daß wir ihre Abwehr „durch zahllose Wiederholungen" einüben. Auch



bewegung ganz automatisch lokalisiert, reagierte auch der Patient ganz wie ein Normaler. Solche automatische Lokalisationsbewegungen erfolgen „auf ganz bestimmten, physiologisch vorgebildeten Bahnen, die beim Vorhandensein „adäquater Reize", eben irritierender Hautsinnesreize, sofort ansprechen". Inadäquate Reize — Berührung bzw. Druck — sollen nach *Goldstein* und *Gelb* diese Wirkung nicht haben, also eine automatische Lokalisation nicht zulassen.

Das von dem Kranken gezeigte Verhalten wird nun von den Autoren folgendermaßen gedeutet: Unter den zahlreichen Bewegungen, mit denen ein andauernder und relativ starker Hautreiz zunächst beantwortet wurde, trafen bestimmte, mit dem gereizten Körperteil selbst ausgeführte, mit Druckempfindungen zusammen, indem sie auf Widerstand stießen. War der gereizte Körperteil beispielsweise der Arm, und bemerkte der Patient bei einer bestimmten Armbewegung, daß er mit ihr auf Widerstand stieß, so erweckte die mit dieser Bewegung verbundene kinästhetische Empfindung im Patienten die Bezeichnung „Arm". „Er wußte zwar nicht, „wo" der Arm ist, wohl aber wußte er jetzt abstrakt: „es hängt irgendwie mit dem Arm zusammen"." Er bewegte nunmehr nur noch die verschiedenen Teile des Armes solange weiter, „bis er das für ihn deutlichste Zusammentreffen der Druckempfindung mit einer Bewegung hatte". Jetzt erfolgte die Lokalisationsbewegung automatisch (reflexartig). Mit der Häufung solcher Untersuchungen wurde die Innervation des gesamten Muskelapparates immer seltener und traten immer häufiger sogleich die Tastzuckungen in der Umgebung der gereizten Stelle auf. Die durch einen vorgebildeten anatomischen Reflexmechanismus gegebene physiologische Verknüpfung bestimmter Körperteile mit bestimmten Tastzuckungen war enger geworden.

Die allgemeine Abnahme der Sensibilität, die es erforderlich machte, beim Kranken am ganzen Körper stärkere Reize anzuwenden, als beim Gesunden, trat nur dann hervor, wenn der Patient bei der Prüfung die Augen geschlossen hielt, also nicht wußte, welcher Körperteil berührt wurde, und deshalb seine Aufmerksamkeit nicht, wie es der Gesunde zu tun pflegt, dem untersuchten Gebiet zuwenden konnte, indem er sich es vorstellte. Diese Vorstellung ist zudem beim Normalen stets optischer Natur, und solche Vorstellungen waren dem Kranken ja ohnehin versagt.

Das Verhalten des Kranken beleuchtet die automatische Lokalisation des Normalen. Wie u. a. schon die im Schlafe erfolgende Abwehr irritierender Hautreize lehrt, braucht auch der Gesunde keine Ortsvorstellung zu haben, um automatisch zu lokalisieren. Wie der Kranke innerviert auch der noch unerfahrene Gesunde, das Kind, auch im Wachzustande zuerst den Muskelapparat des ganzen

---

gehören Berührung (Kitzel) und Druck oft zu den irritierenden Reizen. Richtig ist, daß es zwei Arten der Abwehr gibt: Entfernung des Reizes — und der geht natürlich die Lokalisation voraus — und Entfernung unseres Körpers vom Reiz.



Körpers, wenn es nach einer schmerzhaften Stelle fassen oder einen Reiz abwehren will, und lernt erst allmählich, die gesuchte Stelle ohne den Umweg über ausgedehnte und planlose Tastzuckungen treffen. Schon in frühester Kindheit bestehende Lähmungen behindern die Entwicklung des Lokalisationsvermögens. Es ist übrigens fraglich, ob nicht auch beim Gesunden der prompten automatischen Lokalisationsbewegung während des ganzen Lebens doch flüchtige und wenig umfangreiche Tastzuckungen vorangehen. Ausgebreitete und deutliche Tastzuckungen braucht der gesunde Erwachsene nicht mehr, weil sich seine (automatischen) Lokalisationsbewegungen von der Beachtung der kinästhetischen Empfindungen losgelöst und an die kinästhetischen Residuen geknüpft haben, die assoziativ sowohl mit dem irritierenden Reiz als auch mit der entsprechenden Abwehrbewegung verbunden sind.

Wie der Ortsinn des Kranken, so war auch sein Raumsinn beträchtlich gestört. Solange der Patient jede Bewegung unterließ, hatte er von zwei gleichzeitig oder in rascher Aufeinanderfolge aufgesetzten Zirkelspitzen immer nur einen einzigen Eindruck, ebenso von zwei Berührungen an beliebig weit voneinander entfernten Körperstellen, empfand er keinen Unterschied zwischen der Berührung mit dem Finger oder mit der ganzen Handfläche, konnte eine Raumschwelle bei ihm überhaupt nicht festgestellt werden. Erst durch die Ausführung von Bewegungen vermochte sich der Kranke Rechenschaft darüber zu geben, worüber der Normale durch den unmittelbaren Eindruck unterrichtet wird. Bei Berührungen weit auseinanderliegender Hautstellen, z. B. am Arm und am Bein, nahm er in ähnlicher Weise, wie dies schon beschrieben, zwei gesonderte Lokalisationen vor; ob die Reize gleichzeitig oder nacheinander erfolgten, war in diesem Falle gleichgültig, wenn sie nur genügend lange andauerten. Zwei nahe beisammenliegende Reize erkannte er daran, daß sich die berührte Stelle bei kleinen Bewegungen von dem berührenden Gegenstand nicht völlig loslöste — dieser also nicht punktförmig sein konnte —, andererseits an ihm nicht wie an einem ausgedehnten Objekte entlang geführt werden konnte. Natürlich mußte dieses „Ausprobieren" bei sukzessiver Reizung versagen.

Mit Hilfe von Tastbewegungen gelang es dem Kranken auch, gröbere Größenunterschiede zu erkennen, und in den Fällen, wo er als Maßstab seine Finger, die Höhe seiner Faust oder die Weite seiner Spanne benützen konnte, absolute Größen zu beurteilen; Körper und Gegenstände erkannte er, indem er ihre einzelnen Merkmale (Ecken, Geraden, Flächen usw.) feststellte und dann rein summativ zusammenfaßte, ohne zu einem Simultanbilde des Objektes zu gelangen. Taktil nicht erkannte Gegenstände erkannte er optisch, konnte aber das Gesehene mit dem Getasteten nicht identifizieren. Solche taktil nicht erkannte Gegenstände konnte Pat. u. U. doch ganz gut zeichnen, indem er die festgestellten Merkmale wiederum rein summativ zeichnerisch aneinanderfügte, „ohne die geringste Vorstellung zu haben, was für ein Bild eigentlich das Ganze ergeben wird". Er erkannte auch die von ihm selbst gelieferten Zeichnungen infolge seiner Seelenblindheit nicht.

Auch der Lagesinn des Kranken war hochgradig gestört. Über Stellung und Lage von Rumpf und Gliedern war Pat. bei geschlossenen Augen völlig im unklaren.

Bewegungen verhalfen ihm auch hier dazu, sich langsam zurechtzufinden, und zwar teils durch die mit ihnen verbundenen lebhafteren kinästhetischen Empfindungen, teils durch den Umstand, daß sie, z. B. bei völlig gestrecktem Arme, nur nach einer Richtung möglich waren. Die Residuen der Bewegungsempfindungen genügten zur Erkennung der Lage nicht. Um zu erkennen, in welcher Lage sich sein Gesamtkörper befand, beachtete der Kranke hauptsächlich Druckempfindungen: aus stärkstem Druck an Gesäß und Rücken schloß er, daß er liege, aus Druck an den Fußsohlen, daß er stehe. Lag er auf schiefen Ebenen, so war er unsicher. Bewegungen, die der Untersucher am Patienten ausführte, erzeugten zwar eine Bewegungsempfindung, ihr Umfang und ihre Richtung blieben aber dem Kranken verborgen. Die erreichte Endstellung mußte er in der schon geschilderten, umständlichen Weise erschließen. Die eigentlichen räumlichen Bezeichnungen, wie „oben", „unten" u. dgl. gebrauchte Pat. zunächst nie. Auf die bestimmte Aufgabe hin, diese Ausdrücke zur Angabe bestimmter Bewegungen zu gebrauchen, lernte er rein sprachlich „oben" mit „Kopf", „unten" mit „Füße" zu verknüpfen. Eine Raumvorstellung war mit den genannten Bezeichnungen nicht verbunden. Der Kopf blieb für das Bewußtsein des Kranken „oben", die Füße „unten", wenn der Körper durch eine entsprechende Vorrichtung auch auf den Kopf gestellt war.

Alle die geschilderten Störungen der Wahrnehmung machten sich geltend, wenn der Kranke bei geschlossenen Augen ein bestimmtes Glied bewegen sollte. Er mußte dann dieses Glied zuerst auf die oben dargelegte Art und Weise finden. Erst nachdem dies geschehen, konnte er daran gehen, genauere Befehle auszuführen, z. B. den Finger auszustrecken. Das geschah, nachdem er den Finger als solchen gefunden, indem nun durch planloses Bewegen derselben derjenige kinästhetische Empfindungskomplex hervorgerufen wurde, der mit der Bezeichnung „Strecken" assoziiert war. Dann erst gelang die Streckung langsam, unvollkommen und unter Schwankungen. Festhalten konnte Pat. die Streckstellung nicht. Einfache geometrische Figuren, wie Quadrate und Kreise, konnte der Kranke bei geschlossenen Augen ohne Schwierigkeiten mit der Hand beschreiben, sobald er einmal durch langes und unsicheres Probieren unter Beachtung der dabei auftretenden Bewegungsempfindungen eine bestimmte Bewegung als den richtigen Bewegungsanfang ausgemacht hatte. Nur der Bewegungsanfang war für ihn schwierig, die weitere Ausführung erfolgte als geläufiger Bewegungsablauf. In ähnlicher Weise verfuhr Pat., wenn er bei offenen Augen, aber abgewendetem Blicke bestimmte Bewegungen ausführen sollte; nur das Urteil über die zu wählende Bewegungsrichtung, z. B. „nach oben", gewann er nun viel leichter, da er sich an den äußeren Gegenständen orientieren konnte. Durfte der Kranke das zu bewegende Glied ansehen, so verhielt er sich im wesentlichen wie ein Normaler. Gewohnheitsmäßige Bewegungskomplexe (Streichholzschachtel aus der Tasche nehmen, Streichholz anzünden) vollführte Pat. bei offenen und bei geschlossenen Augen annähernd gleich gut. Solche als Ganzes innervierte und ziemlich mechanisch ablaufende Bewegungen führen wir offenbar aus, ohne optische, wahrscheinlich sogar ohne kinästhetische Vorstellungen dringend zu bedürfen. Zur Ausführung isolierter Willkürbewegungen, insbesondere



um sie richtig und prompt zu beginnen, brauchen wir dagegen Gesichtswahrnehmungen oder Gesichtsbilder. Sowohl das Gegebensein des zu bewegenden Gliedes als optischer Inhalt als auch die Vorstellung der Bewegung als solcher, das Bewegungsbild, subsumieren *Goldstein* und *Gelb* dem Begriff der Bewegungsvorstellungen. Was ist nun der Inhalt des Bewegungsbildes? Einmal kinästhetische Erlebnisse, und diese reichen für den Ablauf eingeübter Bewegungen, wie wir gesehen haben, aus; sodann bei den nicht eingeübten Bewegungen offenbar wiederum optische Vorstellungen.

Aus den mitgeteilten Befunden schließen die beiden Verfasser, daß der Kranke bei geschlossenen Augen keinerlei Raumvorstellung hat. Über den Anteil des Tastsinnes an unserer Raumanschauung stellen sie folgende Sätze auf: „1. Räumliche Eigenschaften kommen den durch den Tastsinn vermittelten Qualitäten an sich nicht zu. Wir gelangen überhaupt nicht durch den Tastsinn allein zu Raumvorstellungen. 2. Nur durch Gesichtsvorstellungen kommt Räumlichkeit in die Tasterfahrungen hinein, d. h. es gibt eigentlich nur einen Gesichtsraum." Einen eigentlichen „Tastraum" gibt es nicht. Daß Tastzuckungen beim Normalen, wenn er willkürlich lokalisiert, nicht auftreten, daß er vielmehr unter Benutzung von nicht unmittelbar durch die Erregung der Hautsinne, sondern durch Vermittlung kinästhetischer Residuen geweckten Gesichtsbildern lokalisiert und dabei die Beachtung von Tastqualitäten wie „weich", „hart" usw. nur eine Nebenrolle spielt, das zeigt, daß seine willkürliche Lokalisation „immer in der Einordnung der Tasteindrücke in den Gesichtsraum besteht". Ebenso ist die Vorstellung von der Distanz zweier gereizter Hautstellen (Raumsinn) eine ausschließlich optische Vorstellung. Das Wissen um die Distanz kommt beim Gesunden wie bei dem Kranken auf verschiedene Weise zustande, je nachdem es sich um nahe beieinander oder um weit auseinanderliegende Hautstellen handelt. Weit auseinanderliegende Hautstellen, die „gleichsam schwer überschaubar" sind, werden nicht gleichzeitig vorgestellt; „der innere Blick pendelt gleichsam zwischen ihnen hin und her". Die Vorstellung von ihrer gegenseitigen Entfernung erwächst auf einer zwiefachen Lokalisation. Nahe beisammen befindliche Hautstellen werden dagegen mit einem einzigen inneren Blicke umspannt. Die entsprechende Gesichtsvorstellung ist nach der Annahme der Verfasser mit kinästhetischen Residuen assoziiert, die beim normalen Erwachsenen mit bestimmten Körperstellen eine „enge anatomisch-physiologische Verbindung" eingegangen haben und auf Bewegungen zurückgeführt werden müssen, die wir, ähnlich wie unser Pat. und wie manche Blindgeborene, ursprünglich alle um die berührte Hautstelle gemacht haben.

Wenn es wirklich nur einen Gesichtsraum gibt, so können Blindgeborene keine Raumvorstellungen haben. Das hatten ja vor langer Zeit schon *Platner* und *Hagen* gelehrt. Viele Leistungen dieser Kranken, besonders ihre Fähigkeit zu modellieren, scheinen dieser Annahme zu widersprechen. Wenn auch im „weiteren Tastraum", der so weit reicht, wie die Arme greifen können, die Raumauffassung der Blinden „sich auf eine Sukzession von Bewegungsvorstellungen reduzieren" mag (*Heller*, *Burde* u. a.), im engeren, zwischen den Händen gelegenen Tastraume,

wo sich die Bewegungen „zu assoziieren vermögen mit einem Simultanbilde des Objektes" (*Heller*), scheinen die Bedingungen für die Entwicklung von Raumvorstellungen doch gegeben zu sein. Beschreibung und Wiedererkennen von Gegenständen sind dafür freilich kein Beweis; erstere kann eine ganz äußerliche Aneinanderreihung von Merkmalen sein, letztere braucht sich gar nicht auf das ganze Objekt, sondern nur auf einzelne Merkmale zu stützen. Das Modellieren aber, das gewöhnlich als bündiger Beweis für die Raumanschauung der Blindgeborenen gilt, könnte ja, wie das Zeichnen des beschriebenen Hirnverletzten, in der Weise erfolgen, daß „bestimmte gedächtnismäßig eingeprägte Merkmale" in annähernd richtiger Weise geformt und auf Grund von „Beurteilungen" räumlicher Formen und Größen zusammengefügt werden. Ferner ist zu berücksichtigen, daß wir gar nicht wissen, wieviele von den gut modellierenden „Blindgeborenen" ohne jede optische Raumvorstellung sind; die meisten sind ja nur hochgradig schwachsichtig. Zu beachten ist, daß sie durchschnittlich Besseres leisten, als der beschriebene Kranke, wenn er bei geschlossenen Augen bestimmte Aufgaben lösen sollte, aber für die Erklärung dieser Tatsache fällt auch ins Gewicht, daß der Kranke, der im gewöhnlichen Leben stets bei offenen Augen arbeiten konnte, keinen Anlaß hatte, seinen Tastsinn, so wie ein Blinder es tut, auszubilden. Ein blindgeborenes Mädchen erfüllte die Aufgabe, aus liegender Stellung den Arm senkrecht nach oben zu erheben, ohne weiteres richtig — wie die Verfasser annehmen, auf Grund einer Assoziation des Wortes „oben" mit bestimmten kinästhetischen Empfindungen im Schultergelenk. Der Hirnverletzte griff bei diesem Versuche nach seinem Kopfe. Es zeigte sich aber, daß er die richtige Ausführung rasch lernen konnte.

Viele Blinde machen, um zu lokalisieren, unwillkürliche Tastbewegungen, die den oben als Tastzuckungen beschriebenen Bewegungen des Hirnverletzten recht ähnlich sind; andere können auch ohne solche Zuckungen gut lokalisieren und haben eine normale Raumschwelle. Die Verfasser nehmen an, daß in den zuletzt erwähnten Fällen die Tasteindrücke durch eine feste Verknüpfung „zwischen der Erregung einer bestimmten Hautstelle und dem ihr entsprechenden kinästhetischen Vorgang", eine charakteristische T a s t q u a l i t ä t gewonnen haben. Diese garantiere eine eindeutige Verbindung zwischen der Erregung einer bestimmten Hautstelle und einer bestimmten Lokalisationsbewegung. Dem Normalen pflegen, wie der beschriebene Pat. zeigt, solche Tastqualitäten zu fehlen. Er b r a u c h t sie nicht zu entwickeln, „da er bei seinen Tastleistungen optische Inhalte immer zu Hilfe nehmen kann". —

Sollten sich die Anschauungen der Verfasser bestätigen, so wäre dies für unsere theoretische Auffassung von den Raumvorstellungen natürlich von grundlegender Bedeutung. Indessen scheinen mir die vorgebrachten Gründe doch nicht ganz auszureichen, um darzutun, daß es nur einen Sehraum gibt. Unbestreitbar dürfte es sein, daß die optischen Vorstellungen in jedem Raumbilde des Normalen die führende Rolle spielen, und daß sich auch in jede auf dem Wege über Tasteindrücke ergebende Raumanschauung des Normalen mehr oder weniger deutliche optische Inhalte einfügen. Ich glaube daher, daß man der Meinung, der die Verfasser offenbar zuneigen, daß nämlich Blindgeborene „Raumvorstellungen



im Sinne der Normalen" nicht haben, unbedingt wird zustimmen müssen — natürlich nur soweit es sich um völlig und von Geburt an Blinde handelt. Aber damit ist natürlich nicht gesagt, daß es nur einen Sehraum gibt. Der Blindgeborene könnte doch Raumvorstellungen haben, in denen alle optischen Inhalte fehlen und von dem sich eben deshalb der Gesunde, in dessen Raumanschauung Residuen von Gesichtseindrücken eine so große Rolle spielen, daß er sich von ihnen auch in der Abstraktion kaum zu befreien vermag, nie ein anschauliches Bild machen kann, denen aber doch echte Räumlichkeit — als Form jeder menschlichen Anschauung — zukommt. Phänomenologisch ist nach dem Gesagten die Frage nicht zu entscheiden. Man muß untersuchen, ob in den Leistungen der Blinden nicht doch stets räumliche Vorstellungen benutzt werden. Liest man die Schilderung, die die Verfasser von einer solchen Untersuchung geben, so gewinnt man zunächst den Eindruck, daß sie in ihrer Untersuchung, die Räumlichkeit, nach der sie suchten, tatsächlich schon eingeführt haben. Sie weisen darauf hin, daß Blinde beim Formen komplizierterer Gegenstände diese kontrollierend nachtasten, daß sie im allgemeinen Proportionen schlecht treffen, und daß es sich bei den wenigen, die hierin eine Ausnahme machen — z. B. bei dem Tiroler Kleinhans, der Kruzifixe sehr gut schnitzte —, darum handeln könne, daß auch dies „ohne adäquate Objektvorstellungen" nur auf Grund von „Überlegungen über die Größenverhältnisse" und großer Einübung geschehe. Sie verweisen auf die Analogie des Verfahrens der Blinden mit dem Zeichnen des beschriebenen Hirnverletzten. Nun kontrolliert aber doch auch der sehende Bildner die erzeugte Form nach — daß es dies mit dem Auge tut, entspricht nur dem Umstande, daß für ihn der Gesichtssinn die ausschlaggebende Rolle als Raumsinn spielt, besagt aber gar nichts gegen eine ausschließlich auf Tasteindrücke aufgebaute Raumvorstellung. Daß Blinde Proportionen schlecht treffen, unterscheidet sie höchstens dem Grade nach von der Mehrzahl der nicht besonders begabten und geübten Normalen und beweist höchstens, daß das Auge hierin Besseres leistet als die tastende Hand. Höchstens vielleicht das besondere Verhalten könnte gegen den Besitz von Raumvorstellungen der Blindgeborenen (und des geschilderten Kranken) sprechen. Der Kranke verhielt sich bei der Größenbeurteilung von Objekten ganz ebenso, wie es *Heller* von Blinden geschildert hat: „Das Meßinstrument wird gebildet durch das Entgegenstellen des Daumens und Zeigefingers, welch letzterem häufig der Mittelfinger assistiert. Der zu betastende Gegenstand wird an zwei entgegengesetzten Stellen erfaßt, und nun gleiten die beiden Finger über die entgegengesetzten Konturen hinweg, wobei die Entfernung der Finger im Vergleich zu ihrer Anfangslage ein Maß angibt für die Verlaufsrichtung der Begrenzungslinien" („Konvergenztasten"). Als Maßstab dienen Finger, Fingerglieder, Handbreite, die eigene Spannweite, deren Größen die Betroffenen gedächtnismäßig kennen. Mit diesen Hilfsmitteln erkennen sie beispielsweise einen Würfel und schildern die dabei geleistete Arbeit folgendermaßen: „zwei ... drei ... vier Ecken ... lauter gerade Kanten ... alle Kanten 2 cm ... also gleich ... Alle Winkel rechte ... also ein Würfel." Die Verfasser sehen hierin „lediglich eine rein summative Beschreibung". Das Nachbilden erfolge nun, indem wiederum „summativ", die einzelnen Bestandteile „einfach aneinandergereiht" werden, nicht als Nachbildung,



sondern als „spontane“ Leistung. Das Bild eines recht komplizierten Gebildes, eines Schlüssels, lieferte der beschriebene Kranke unter beständiger Kontrolle des Originales durch Aneinanderreihung folgender Teile „a) Ring, b) daran im rechten Winkel rundes Stäbchen mit bestimmter Verzierung, c) daran im rechten Winkel eine Ausbuchtung von bestimmter Dicke, wieder mit Verzierung“. Er wußte dabei nicht, „was für ein Bild eigentlich das Ganze ergeben wird“ und konnte nicht mehr weiter, wenn man ihm die Vorlage wegnahm und ihn dadurch hinderte, jede Einzelheit zu „erkennen“, die „absoluten Größen abzumessen“, „das Verhältnis der Größen zueinander sich zu überlegen“. Bei der Wiedergabe einfacher Gegenstände war dies nicht nötig. Es fehlte dem Kranken jedes Simultanbild. Er hatte den Schlüssel taktil nicht erkannt und erkannte — infolge seiner Seelenblindheit — auch seine eigene fertige Zeichnung nicht. Die letztgenannte Störung kommt natürlich bei Blindgeborenen nicht in Betracht, im übrigen könnte ihr Modellieren auf gleichartigen Vorgängen beruhen wie das Zeichnen des Kranken, d. h. im Grunde ohne Raumvorstellungen erfolgen.

Es ist also unbestritten, daß der Kranke bei geschlossenen Augen und daß Blindgeborene durch das Konvergenztasten räumliche Einzelheiten erkennen. Können diese Feststellungen wirklich alle auf kinästhetische Wahrnehmungen zurückgeführt werden, ohne daß man räumliche Vorstellungen zu Hilfe nimmt? Rein kinästhetisch wahrnehmbar sind, wie mir scheint, nur zweierlei: 1. keine Veränderung in der Zangenstellung des Daumens und Zeigefingers, 2. Veränderung derselben. Ob die Bedeutung dieser Wahrnehmungen ohne Mithilfe von Raumvorstellungen vom Blindgeborenen ermessen und ohne Zuhilfenahme von Raumvorstellungen verständlich gemacht werden kann, darauf kommt es nun an. Nehmen wir als Ausgangsstellung, mit der ein Blindgeborener seine Erfahrungen beginne, diejenige an, bei der sich die Kuppe des Daumens und die des Zeigefingers gleichmäßig fest berühren. Es sind ihm dann gegeben: bestimmte kinästhetische Empfindungen; bestimmte Berührungs- und Druckempfindungen; keine Bewegung; Möglichkeit zu einer Bewegung, bei der der Druck zunimmt und die kinästhetischen Empfindungen sich in bestimmter Weise ändern; zu einer Bewegung, bei der der Druck abnimmt und bald ebenso wie die Berührungsempfindungen schwindet, wobei die kinästhetischen Empfindungen sich wieder in bestimmter Weise ändern; endlich (bei seitlicher Verschiebung) Veränderung von kinästhetischen Empfindungen bei gleichbleibendem Druck, aber eigenartigen Berührungs- (Reibe- bzw. Kitzel-) Empfindungen. Solange diese Ausgangsstellung festgehalten wird, ist jedes Fassen unmöglich. Dasselbe ist der Fall bei dem Bewegungsversuche, bei dem die Fingerkuppen nur fester aneinandergepreßt werden. Erst nachdem eine andere Bewegung ausgeführt ist, kann ein Gegenstand „zwischen“ die Finger geschoben werden. Für das blinde Kind, das keine Raumvorstellungen hat, bedeutet dieses „zwischen“ nichts als: kinästhetische Empfindungen, die durch Bewegung erreicht wurden und von jenen, bei denen der Druck durch Bewegung u. U. zunimmt, verschieden sind, die also durch eine besondere Bewegung erreicht wurden; Berührungs- und Temperaturempfindungen, die von den in der Ausgangsstellung gegebenen in verschiedener Art und Weise



sich unterscheiden, die namentlich ein dem Ich Fremdes anzeigen; Druckempfindungen, die um so stärker werden, je stärker eine Bewegung erstrebt wird, in deren Verlauf die kinästhetischen Empfindungen jenen der Ausgangsstellung ähnlicher werden und die um so schwächer werden, je mehr das Gegenteil hiervon geschieht. Ohne Raumvorstellungen zu Hilfe zu nehmen, läßt sich auf diese Weise tatsächlich das Erlernen der Greifbewegungen bzw. des Konvergenztastens verständlich machen. Je weiter das blinde Kind seine Tastorgane in der Weise bewegt, daß mit dieser Bewegung denen der Ausgangsstellung immer unähnlichere kinästhetische Empfindungen verbunden sind, desto größere Objekte vermag es zu fassen, und es wäre möglich, daß es rein sprachlich und gedächtnismäßig auf diese Bewegungen die Worte „Entfernung", auf die zur Ausgangsstellung überführenden „Annäherung", und auf die getasteten Gegenstände die Worte „groß" und „klein", „größer" und „kleiner" anzuwenden lernte. Es würde dann mit unseren von Räumlichkeiten sprechenden Ausdrücken nur Unterschiede in Bewegungs-, Lage-, Druck-, Berührungsempfindungen usw. bezeichnen. Indem es mit seiner einen Hand die Teile seiner anderen abtastet und ihre Größenmaße nennen hört, wäre es möglich, daß es Maßbezeichnungen mit Gliedabschnitten und kinästhetischen Komplexen verbinden lernte. Aber wenn auch das alles ohne Raumvorstellungen geschehen kann, so muß sich doch bei den Bewegungs- und Tastversuchen allmählich das Wissen von einer arithmetischen Zu- und Abnahme, von einem „Mehr und Weniger an Teilen" herausbilden. Die „Teile" sind unserer Annahme gemäß weder räumlich noch gleich. Es sind nur „Veränderungen" mit dem Wissen „zu einem Ziel", der Ausgangsstellung hin, oder „von der Ausgangsstellung weg zu einem anderen Ziel" — der Endstellung der Spanne (deren „Gegebenheiten" nicht ausdrücklich beschrieben worden sind). A u s V e r ä n d e r u n g e n u n d Z a h l v o r s t e l l u n g e n o d e r V e r ä n d e r u n g e n u n d Z e i t e r g i b t s i c h a b e r n i e m a l s e i n e R a u m a n s c h a u u n g, s o f e r n n i c h t s c h o n d a s s i c h V e r ä n d e r n d e r ä u m l i c h e M e r k m a l e t r ä g t. Wie es aber trotz aller Aufbauversuche aus Bewegungen nur darauf ankommt, ob schon die einfachste Veränderung der Körperstellung räumliche Merkmale trägt, so führt auch keine analysierende Beschreibung von Leistungen als summativer Aneinanderreihung zur Klarheit darüber, ob ohne Gesichtsvorstellungen Räumlichkeit existiert oder nicht. Die Raumvorstellung der Blindgeborenen muß unmittelbar erfaßt werden können, oder wir werden nie wissen, was wir von ihr zu halten haben. Man muß die Beantwortung der Frage dort suchen, wo weder Bewegungen und Bewegungsvorstellungen, noch die Aneinanderreihung von solchen und ihre Verknüpfung mit sprachlichen Äußerungen in Betracht kommen. Also weder die Beobachtungen über den weiteren, noch die über den engeren Tastraum können entscheidend sein, sondern nur Feststellungen über die Leistungen der Bl nden mit Tasten auf allerengstem Hautgebiet, bei dem Bewegungen ausgeschlossen werden können. Es kommt nicht darauf an, ob die Haut als Raumsinnorgan im Vergleiche mit dem Auge viel oder wenig leistet, sondern darauf, ob sie überhaupt räumliche Vorstellungen vermittelt. Die an dem Hirnverletzten erhobenen Untersuchungsergebnisse zeigen, daß dies bei sehend aufgewachsenen Menschen, die ihr optisches Vorstellungsvermögen verloren haben, nicht in einem nachweisbaren



Grade der Fall ist. Es kommt also alles darauf an, ob Blindgeborene, die Anlaß haben, ihre Hautempfindlichkeit möglichst zu üben, einen Raumsinn der Haut erkennen lassen.

Am nächsten scheint es zu liegen, eine Lösung der so wichtigen Frage dadurch zu suchen, daß man sich um Auskunft an diejenigen wendet, die aus eigener Erfahrung Bescheid wissen müssen. Das sind die Blindgeborenen, die durch eine Operation sehend geworden sind. Diese Personen dürften zwar im allgemeinen zu einer Erörterung psychologischer Dinge deshalb nicht sehr geeignet sein, weil sie sich in der Regel noch in recht jugendlichem Alter befinden werden, wenn sie in den Besitz des Augenlichtes gelangen. Aber es ist doch zu beachten, daß sie, falls wirklich die Inhalte des Tastsinnes gänzlich unräumlich sein sollten, nicht etwa nur eine viel reichere Nuancierung ihrer Erfahrungen gewinnen, worüber von einem Kinde genügende Auskunft zu erhalten wohl nicht so ganz leicht wäre, sondern etwas bis dahin völlig Unbekanntes, Neues, das auch einer noch ungeübten Selbstbeobachtung kaum entgehen kann. Tatsächlich haben diese sehend gewordenen Blindgeborenen doch auch zur Frage der sogenannten Tiefenwahrnehmung schon Beiträge geliefert und dadurch gezeigt, daß die Bewußtseinstatsachen, um die es sich hier handelt, im allgemeinen auffallend genug sind, um auch ohne besondere Übung in der psychologischen Beobachtung festgestellt zu werden.

Auch ein mittelbarer Weg scheint auf die Lösung der so wichtigen Frage hinzuführen. Beim Vollsinnigen zeigen die Augen und das Tastorgan in der Haut die übereinstimmende Einrichtung, daß sie beide zu Urteilstäuschungen über die Lokalisation und damit über die Zahl von Reizen Veranlassung geben, wenn Teile der Sinnesorgane, vom Sehenden bzw. Tastenden unbemerkt, ihre gegenseitige Lage verändert haben und infolgedessen solche Komplexe von Nervenendigungen von den von einem Gegenstande ausgeübten Reizen getroffen werden, die in dieser Zusammenordnung von einem Gegenstande unter normalen Verhältnissen nicht erreicht werden können. Es kommt unter diesen Bedingungen beim Auge zum Doppeltsehen, auf der Haut zu den Doppelwahrnehmungen, die unter dem Namen der Aristotelischen und Czermakschen Täuschungen bekannt sind. Es ergibt sich aus diesen Beobachtungen, daß sich der Raumsinn hier wie dort eines festgefügten Systems von Nervenendpunkten bedient, deren gegenseitiges Lageverhältnis in den Organen für die Lokalisation der Reize maßgebend ist.

Wenn nun die Vermutung von *Goldstein* und *Gelb*, daß primär nur den Gesichtseindrücken räumliche Eigenschaften zukommen, das Richtige trifft, dann muß angenommen werden, daß sich beim Vollsinnigen das genannte System der Tastorgane in der Haut unter der Führung des Auges entwickelt hat; der Blindgeborene kann es dann nicht besitzen. Der Blindgeborene wird dann folglich auch den Tasttäuschungen nicht unterliegen können, die sich beim sehenden Menschen ergeben, wenn, ohne daß er es merkt oder beachtet, die Nachbarschaftsverhältnisse unter den reizempfangenden Nervenendigungen der Haut verändert werden. Der Versuch ist, soviel ich feststellen konnte, bisher nicht gemacht worden, läßt sich jedoch leicht anstellen. Sollte er zu dem Ergebnis führen, daß die Täuschungen auch beim Blindgeborenen stattfinden, so läge darin zweifellos der Beweis dafür, daß



auch den Tastinhalten primäre Räumlichkeit eigen ist. Wollte man die Leistung auch in diesem Falle für eine nur scheinbar räumliche Funktion, in Wirklichkeit aber für ein Ergebnis kinästhetischer Wahrnehmungen und Erinnerungen halten, so würde man mit dieser Annahme wohl sicher fehlgehen; denn die Lage der Finger bzw. der Lippen, die beim Tasten eingenommen werden muß, wenn sich die Täuschungen ergeben sollen, ist ja eine ganz ungewöhnliche und ungeübte.

(*Hirt*-München.)

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.











2. Autorenregister.





Die Physiologie des Kreislaufes

Von

Dr. Robert Tigerstedt

o. ö. Professor an der Universität Helsingfors (Finnland)

Zweite, stark vermehrte und verbesserte Auflage

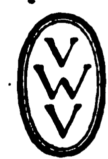
I. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. 4⁰. VIII, 334 Seiten. 1921. Geh. M. 55.—, geb. M. 70.—.

II. Band. Mit 169 Abbildungen im Text. 4⁰. VIII, 478 Seiten. 1921. Geh. M. 120.—, geb. M. 136.—.

Seit dem Erscheinen dieses Lehrbuches als einbändiges Werk ist keine ausführlichere Monographie über diesen Gegenstand veröffentlicht worden. Die höchst wichtigen Resultate des letzten Vierteljahrhunderts auf diesem Gebiete lassen eine neue Darstellung dieses Themas immermehr wünschenswert erscheinen. Diesem Bedürfnis will das Tigerstedtsche Lehrbuch in seiner neuen Gestalt entsprechen. Das Werk, von dem der erste und zweite Band vorliegen, wird in vier Bänden erscheinen.

Der dritte Band befindet sich im Druck

:REINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & CO., VORM. G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGS-HANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.
BERLIN UND LEIPZIG



Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke

Ergebnisse einer im Auftrage der Holtzendorff-Stiftung gemachten Studienreise

von

Dr. Gustav Aschaffenburg

Professor für Psychiatrie an der Akademie für praktische Medizin in Köln a. Rh.

1912. gr. 8°.

Preis 6 Mark zuzügl. 400% Verleger-Teuerungszuschlag

Die Arbeit bildet die Frucht einer Studienreise, die der Verfasser im Auftrage der Holtzendorff-Stiftung zum Besuche der wichtigsten Anstalten, die der Unterbringung gefährlicher Kranken dienen, unternommen hat. Seine Erfahrungen und Beobachtungen bieten ein wertvolles Material zur Beurteilung der jetzt viel erörterten Frage eines besseren Schutzes der menschlichen Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke.

Das Buch des bekannten Kölner Irrenarztes befaßt sich mit einer der brennendsten Zeitfragen. Was der Verfasser auf seiner interessanten Reise gesehen hat, stellt er zunächst übersichtlich zusammen, — die u. W. erste einschlägige Zusammenfassung, — um es sodann kritisch zu behandeln und eine Reihe einleuchtender Zukunftsforderungen aufzustellen. *Frankfurter Zeitung.*

Aschaffenburg hat es in dieser Arbeit verstanden, die Früchte jahrelanger Erfahrung und Arbeit zu einem einheitlichen Ganzen zu verschmelzen, das durch die jüngsten Schreckenstaten eines zweifellos Geisteskranken mit einem Schlage in den Brennpunkt allgemeinsten Interesses rückt. *Kölnische Volkszeitung.*

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & CO., VORM. G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.
BERLIN UND LEIPZIG



...ir Psychiatrie

ISS'D

